

# NYÁJAS BESZÉLGETÉSEK

## A méhnyak megbetegedések és a myomák szakmai kérdései

A BESZÉLGETŐKET MEGHÍVTA ÉS A KÉRDÉSEKET ÖSSZEÁLLÍTOTTA BŐSZE PÉTER DR.

*Nőgyógyászati Osztály, Fővárosi Szent István Kórház, Budapest*

A BESZÉLGETÉS RÉSZTVEVŐI: SHAOUL O. ANTEBY, M.D.<sup>1</sup>, APRÓ GYÖRGY DR.<sup>2</sup>, BERBIK ISTVÁN DR.<sup>3</sup>, BITÓ TAMÁS DR.<sup>4</sup>, BORSOS ANTAL DR.<sup>5</sup>, DOSZPOD JÓZSEF DR.<sup>6</sup>, GARDÓ SÁNDOR DR.<sup>7</sup>, HERCZ PÉTER DR.<sup>7</sup>, RAINER KIMMIG, M.D.<sup>9</sup>, MATTHIAS KORELL, M.D.<sup>9</sup>, JAVIER F. MAGRINA, M.D.<sup>10</sup>, MARTON ISTVÁN DR.<sup>11</sup>, PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.<sup>12</sup>, RÁKÓCZI ISTVÁN DR.<sup>13</sup>, RESCH BÉLA DR.<sup>4</sup>, JOSEPH G. SCHENKER, M.D.<sup>1</sup>, ALBERT SINGER, M.D.<sup>14</sup>, SMID ISTVÁN DR.<sup>15</sup>, CHRISTIAN J. THALER, M.D.<sup>9</sup>, THURZÓ LÁSZLÓ DR.<sup>16</sup>, VESZELOVSZKY IVÁN DR.<sup>17</sup>

*Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah University Hospital, Jerusalem<sup>1</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár<sup>2</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom<sup>3</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged<sup>4</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debreceni Orvostudományi Egyetem, Debrecen<sup>5</sup>, Női Klinika, Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest<sup>6</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Petz Aladár Megyei Kórház, Győr<sup>7</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest<sup>8</sup>, Department of Obstetrics and Gynecology, Ludwig Maximilians University, München<sup>9</sup>, Department of Gynecologic Surgery, Mayo Clinic Scottsdale, Scottsdale<sup>10</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, MÁV Kórház, Budapest<sup>11</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Szent István Kórház, Budapest<sup>12</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Szent Imre Kórház, Budapest<sup>13</sup>, Department of Womens and Children's Health, The Whittington Hospital, London<sup>14</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Kenézy Gyula Kórház, Debrecen<sup>15</sup>, Onkoterápiás Klinika, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged<sup>16</sup>, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Csongrád Megyei Önkormányzati Területi Kórház, Szentes<sup>17</sup>.*

Nemeskürty István Rotterdami Erasmus "Nyájas beszélgetések" című munkája alapján nyájas beszélgetéseknek nevezte azt a műfajt, amelyben a beszélgetők nem egymást meggyőzve, hanem a maguk szakismerete szerint, az olvasó tájékoztatására mondják el véleményüket. Ezen gondolatok alapján nevezzük ezt a rovatot "nyájas beszélgetéseknek", hangsúlyozva, hogy a megkérdezettek nem vitatkoznak, nem akarják meggyőzni a másikat, hanem tájékoztató céllal kifejtik nézeteiket.

### A RÉSZTVEVŐK MEGJEGYZÉSEI

APRÓ GYÖRGY DR. A kérdésekre adott részletes válasz előtt néhány általános szempontot tartok fontosnak figyelembe venni. A megítélés minden esetben individuális kell legyen. Ennek szempontjai (többé-kevésbé fontossági sorrendben): 1. A betegség jellemzői (klinikai és histológiai paraméterek),

2. Műtéti társ-indicatiók, 3. Kor (chronológiai és biológiai), 4. Általános állapot, 5. Fertilitási előzmény és későbbi szándék, 6. Kockázat versus haszon, 7. A beteg szándéka, kívánsága (oncophobia), 8. Költségek. A kérdések kritikát álló megválaszolása a Cochrane követelmények teljesületlensége miatt aligha lehetséges.



**VESZELOVSZKY IVÁN DR.** A feltett kérdésekre és problémákra a saját gyakorlatunknak megfelelően igyekeztem választ adni. Biztos vagyok benne, hogy másoknak eltérő lesz a véleménye, de úgy gondolom, hogy a Te célod is az, hogy az országban különböző gyógyító helyeken lévő eljárásokat, felfogásokat közöljed újságodban. Ötletedhez ezúton is gratulálok. Valószínűleg én is és a többi kolléga is belátása szerint, esetleg jobb irányban változtatni is fog azon. Én is nagyon jól tudom, hogy több vaginális totál extirpációt kellene végeznünk, mivel a jelenlegi gyakorlat szerint a méh-eltávolításoknak csak mintegy 15-20%-a vaginális totál extirpáció, azonban ennek a már leírt okai is befolyásolnak bennünket döntésünkben. Tudom, hogy Decapeptylt vagy más egyéb analóg készítményt gyakrabban lenne célszerű használni már csak kényelmi szempontból is, de az anyagi megfontolások gátat szabnak a sűrűbb alkalmazásnak. A chroback műtéteket mi valóban nagyon ritkán alkalmaztuk eddig (évente 1-2 eset), ebben a döntésben szakmai megfontolásokon felül szakmai hiúság is szerepet játszik.

**1. MI A TEENDŐ, HA A KONIZÁCIÓ (HIDEGKÉS, LÉZER, HUROMKIMETSZÉS, STB.) UTÁN NÁPOKKAL MEGÉRKEZETT SZÖVETTAN CERVICALIS INTRAEPITHELIALIS NEOPLÁZIÁT (CIN) IGAZOL, DE A KIMETSZÉS NEM AZ ÉPBN TÖRTÉNT? EGYÉB ELTÉRÉS NINCS.**

Kérem fejtse ki véleményét a következők szerint: 1. Ha a szövettan CIN 1, CIN 2, vagy CIN 3 (ebben az in situ rák is benne van), 2. A beteg még akar szülni, illetve nem akar szülni, de ivarérett korban van, valamint posztmenopauzában lévő asszony esetében, 3. A külső, alsó vagy belső sebszélnél nem történt az épben a kimetszés, 4. Befolyásolja-e a teendőket az, hogy a konizáció milyen módon történt? Van-e más szempont is, ami befolyásolhatja a döntést?

**APRÓ GYÖRGY DR.** CIN 1-2-3 (incl. cc. in situ) esetén, fertilis korú betegben a méh konzerválandó. Követés a "prae-blastomás-blastomás" szisztéma szerint: kolposcop+cytologia (első évben 3 havonta, a második évben 6 havonta). Peripostmenopausában CIN 3 esetén a hysterectomy (Piver I.) javasolt. Ha a resecitiós vonal nem ép, ismételt conisatio végzését tartom szükségesnek. A conisatio módja alapvetően nem befolyásolja a döntést.

**BERBIK ISTVÁN DR.** CIN 1 és 2 esetén várok a műtéti seb teljes gyógyulásáig, 5-6 hétig. Addig egy-két találkozót kezdeményezek a sebgyógyulás ellenőrzésére, beszélgetésre. Majd kolposzkópos és citológiai vizsgálatot végzek, és a pácienssel megbeszélésem, összegzem a leleteket. Közben folyton eszembe jutnak azok a kórtörténetek, ahol hasonló lelet vetette meg az ágyát az invazív kullissza carcinomának, mert nem lehetett tudni, mi maradt bent.

Ha a CIN 3 in-situ carcinoma a szövettani lelet, ivarérett korú nőnél a fenti protokollhoz tartom magam. Egyedi mérlegelés

alapján collum amputatio kompromisszumos megoldást jelenthet. Idősebb nőknél az eljárás a tájékoztatott páciens döntésén múlik, igyekszem beleegyezését megszerezni olyan műtétes továbblépésre, amely lehetővé teszi a kisebb-nagyobb fokban kiterjesztett műtéttel szerzett anyag megnyugtató szövettani feldolgozását, és egyben végleges gyógyulást is jelenthet számára.

Ha olyan szerencsém van, hogy a hisztopatológus a leletben egyértelműen meg tudja jelölni a külső sebszék állapotát, akkor az oldalsó és a felső sebszél érintettsége nem hoz túlzott izgalomba. A külső, alsó valamint a belső metszésvonal érintettségeért aggódni szoktam. Döntésemet nem befolyásolja a műtét technikája, hiszen a hisztopatológus kolléga nem fog megfélekedni arról, hogy leletébe ne megfogalmazza bele a sebszék állapotát, a számára zavaró körülményeket, pl. a szövetek égéses vagy roncsolódó károsodását.

Sok egyéb szempont is befolyásolhatja a döntést: nőgyógyászati vagy más társult betegségek megléte, carcinophobia, karrier, családi háttér, együttműködési készség megléte vagy hiánya stb.

**BORSOS ANTAL DR.** A beteg tájékoztatását követően kolposzkópos és citológiai kontroll-vizsgálatot javaslok 3 hónappal a műtét után, függetlenül a CIN súlyossági fokától. Invazív beavatkozást csak perzisztáló CIN 2-3 esetén tartok indokoltnak. Ettől a tervtől számos ok miatt el lehet térni, de önmagában az, hogy valaki már nem akar szülni, nem indokolja a méh eltávolítását még CIN 3 esetében sem. Körültekintő tájékoztatást követően arra is lehetőséget kell adni, hogy a beteg döntse el, hogy ragaszkodik-e a méh megtartásához, vagy eltávolítását kéri.

Az endocervikális kimetszési határ érintettsége mindig fokozott óvatosságra int, különösen, ha a műtét elektrosebészeti módszerrel történt. Menopauzában lévő asszony esetén a sorvadt portio conisatiója rendkívül ritkán jön szóba, ezért nehéz általános érvényű javaslatot tenni erre vonatkozóan. Ebben a korcsoportban a CIN szövettan diagnózisára leginkább frakcionált kürett útján kerülhet sor a mindennapi gyakorlatban. CIN 3 esetén, ha az invazív folyamat kizárható, a méh eltávolítása a legmegnyugtatóbb eljárás.

A CIN kezelésével kapcsolatos döntéseket a fentiek kivül jelentősen befolyásolják a hajlamosító tényezők (pl. immun-suppressziós állapot), egyidejű terhesség, visszatérő CIN, valamint az, hogy a beteg várhatóan betartja-e a nyomonkövetési tervet.



**DOSZPOD JÓZSEF DR.** Amennyiben a szövettani lelet CIN 1 vagy CIN 2, és a kimetszés nem az ébren történt, további szoros (3-6 havonkénti) citológiai kontroll javasolt.

CIN 3, illetve in situ carcinoma esetén, ha a beteg családtervezési tervei még nem zárultak le, vagy még nem szült, ismételt conisatio végzendő az ébren történő kimetszés eléréséig, majd szoros onkológiai ellenőrzés. 40 év felett vagy a postmenopauzában, ill. ha a beteg nem kíván már szülni, egyszerű méheltávolítás javasolt.

**GARDÓ SÁNDOR DR.** CIN1 (LSIL) esetén, amennyiben jól kooperáló betegről van szó, elképzelhetőnek tartom az újabb műtét nélküli szoros követést három havonta végzett cytologiai és kolposzkópos vizsgálat formájában. CIN 2 és CIN 3 esetében fiatal, fogamzóképes korban lévő, továbbá még gyermeket akaró nőknél ismételt conisatiót végzünk. Peri- és postmenopausában lévő asszonyoknál, valamint társindikációk (myoma, endometriosis, vérzészavarok) fennállása esetén hysterectomiát javaslok. Amennyiben a "szélpozitivitás" a külső (alsó) sebszélnél található, és a residualis laesio kolposzkóppal jól felismerhető, úgy célzott kaceexcisio is szóba jöhet az ismételt conisatio helyett.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** A nyakcsatornán belüli, illetve az azon kívüli széli részek pozitivitása esetén két lehetőség adódik. Ha a külső szél pozitív, várakozom a teljes gyógyulásig, majd folytatódik a kolposzkópia és citológia, figyelembe véve az eredeti szövettani leletet. Megközelítően 50%-a ezeknek az eseteknek negatívvá válik, és nem igényel további kezelést. A többi esetben konzervatív kezelés szükséges. Ha a nyakcsatornán belüli széli részek pozitívak, a patológussal közösen áttekintem a szövettani metszeteket, és meghatározzuk a nyakcsatorna széli részeinek érintettségi mértékét: 90, 180, 270 vagy 360 fok. Ha 180 alatt van az érintettség, várok a teljes gyógyulásig, ezután kolposzkópia, méhnyak kaparás és méhnyakból kenetvétel a nyomonkövetés. Ezeknek a betegeknek megközelítően 50%-ában a vizsgálatok negatív eredményt adnak, további kiegészítő kezelés nem indokolt. A maradék eseteknél, beleértve azokat is, akiknél a folyamat mértéke a 180 fokot meghaladta, mély hurok kimetszés vagy ismételt konizáció javasolt. A fenti megközelítés CIN 2 vagy CIN 3 állapottal rendelkező betegekre vonatkozik, függetlenül attól, hogy menopauza előtt, vagy már abban vannak. Továbbá a fenti eljárás független attól, hogy az eredeti megoldás konizáció, hurok kimetszés, hidegkés vagy lézer volt-e.

**MARTON ISTVÁN DR.** Ha a konizáció után a szövettan szerint a kimetszés nem az ébren történt, úgy a beteg igen gondos ellenőrzése (kolposzkóp, cytologia) az általunk követett gyakorlat, és ezek legkisebb eltérése esetén a beteg életkorának függvényében vagy kiterjesztjük a konizációt, vagy hüvelyi

lyi méheltávolítást végzünk. Nagyon sokban befolyásolja a döntést az adott patológussal való együttműködés színvonala, esetleg a konkrét probléma konzultatív megbeszélése is segít a döntés kialakításában.

**PÁLFALVY LÁSZLÓ DR.** Ha konizációt követően a szövettan CIN-t igazolt, és a kimetszés nem az ébren történt, a következő terápiás stratégiát tartom a legcélszerűbbnek:

CIN 1 amennyiben loop conisatio történt, tekintettel arra, hogy a műteti terület nyitva maradt, a beteg kolposzkópos, ill. cytologiai vizsgálattal jól követhető, valamint arra, hogy a loop conisatio és az azt követő vérzéscsillapítás során néhány mm-es necrotikus zóna keletkezik, és így esetleg rekonizáció során csak igen ritkán találunk maradék elváltozást, nem tartok szükségesnek további beavatkozást, csupán rendszeres utánkövetést. Hidegkés konizációt követően, ha a seb zárása során a sebfelszín nem maradt nyitva (*Sturmdorf, Green, Lehoczky* technika) ismételt kimetszést javaslok, lehetőleg e. looppal.

CIN 2 esetén ismételt kimetszést tartok indokoltnak, az előző műteti technikától függetlenül, lehetőleg e. looppal.

CIN 3 esetén, amennyiben a beteg fiatal és még szülni szeretne, ismételt konizációt javaslok, lehetőleg loop rekonizációt. (Létezik azonban olyan tanulmány, *J. Monaghan* és munkatársai, amely azt bizonyította, hogy loop konizáció esetén, amennyiben a szövettani vizsgálat szerint az elváltozás elérte a kimetszés szélét, azoknál a betegeknek, akiknél nem történt ismételt beavatkozás, csupán rendszeres követés, nem volt nagyobb a carcinoma kockázata, mint azoknál, akiknél ismételt kimetszés történt.) Idősebb, már szülni nem kívánó nőbeteg esetén, a beteggel történő megbeszélés alapján döntenék az esetleges rekonizáció vagy a méheltávolítás lehetősége között.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** CIN 1, CIN 2 esetében, ha egyéb körülmény nincsen (myoma uteri, endometriosis stb.), observatio javasolt sorozatos cytológia és kolposcpos ellenőrzés mellett.

CIN 3 esetében, ha a beteg még szülni kíván, fiatal, reprodukív korban van, megfelelő felvilágosítást követően ismételt fractionált abrasio és conisatio szükséges. Ennek eredménye dönt a további kezelés milyenségéről, mindig a beteggel való konzultációt követően. Postmenopauzális korban hysterectomia javasolandó az anatómia viszonyoknak megfelelően (abdominális vagy vaginális megoldások).

Hasonló az eljárás, mint az előzőekben. Ha a kimetszés elégtelensége a külső területet érinti, gondos kolposzkópos és



cytológiai követés elégséges. Ha ugyanez a belső sebszélnél van, ismételt kimetszés is szóba jön.

A conizáció módszere nem befolyásoló tényező. A már említett személyre szóló megfontolások, valamint a beteg dönt a további beavatkozásról.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Ha a szövettan CIN 1 vagy CIN 2, akkor szoros kolposzkópos és citológiai kontroll: negyedévente, majd egy év után fél évente, majd újabb egy év után évente, amennyiben az addigi citológiai eredmények mind negatívak.

CIN 3 esetén, ha a rezekciós vonal nem diszpláziamentes, rekonizáció javasolt, ha a beteg szülni akar. Természetesen a beteg korrekt felvilágosítása elengedhetetlen. Ha a beteg még fogamzóképes korban van, de már nem tervez több terhességet, akkor a méh eltávolítását ajánljuk az asszonynak irradiáció nélkül, az adnexumok visszahagyásával. Postmenopauzában lévő asszony esetén mérlegelendő az irradiáció is (elsősorban amennyiben a belső sebszél nem diszpláziamentes), és az adnexumokat is eltávolítjuk. A döntést természetesen befolyásolja az is, hogy milyen módon történt a konizáció, mivel loop konizáció esetén a sebszél szövettani megítélését a koaguláció befolyásolhatja.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** CIN 1 és CIN 2 esetén, amennyiben a kolposzkóppal vezérelt kúp-kimetszéssel eltávolított méhnyak részlet szövettani vizsgálata a nyakcsatornában terjedő megbetegedést nem igazolt, nyomonkövetés javasolt. Igazolt nyakcsatornában terjedés esetén ismételt konizáció. CIN 3 mellett, ha a nyakcsatorna szél része pozitív, ismételt hideg kés konizáció. CIN 3 - külső szél pozitív - lézer kezelés a széleken.

**ALBERT SINGER, M.D.** CIN 1-3 esetében, ha a szövettani szél pozitív, várunk 4-6 hónapot és újabb citológiai vizsgálatot végzünk. Ha az eredmény pozitív, kolposzkópos vizsgálat és ismételt konizáció történik. Ezt az eljárást követjük ivarérett korú és a változó korban túl lévő asszonyok esetében is. A fenti megközelítés elsősorban akkor fontos, ha a belső szél nem CIN mentes. A külső szél lényeges gondot nem jelent, mert az kolposzkóppal jól megítélhető. Ezt elegendő 4 hónappal a beavatkozás után elvégezni. Magam részéről ismételt konizáció esetén a lézert részesítem előnyben, a kollégám, *John Monaghan* azonban erre a célra is a hurokkimetszést használja.

**SMID ISTVÁN DR.** CIN 1-2 esetén kortól függetlenül igen gondos onkocytológiai és kolposzkópos vizsgálatot végzünk. Negatív esetben vagy ha a lelet változatlan, 6 havonként megismételjük. CIN 3-as leletnél 35 év felett méheltávolítást javasolunk. Fiatalabb betegek (vagy ha szülni akar) esetében hasonlóan járunk el, mint CIN 1-2-nél. A reconisatio is szóba jön, ha a cervix állománydús, és lapos conisatio történt.

Könnyebb a döntés, ha a külső felszínen (extecervix) van az elváltozás, mivel kolposzkóppal legtöbbször felismerhető, célzottan lehet cytológiai vizsgálatra anyagot venni. A belső sebszéli (endocervix) folyamat esetén előnyben kell részesíteni a cervix curette-et. Ha cytológiai anyagvétel történik, ezt citobrush-Plus-szal, esetleg cervix brush-sal, vagy Szalai féle spatulával végezzük. Az, hogy a conisatio milyen módon történt, nem befolyásolja a döntést. Most már lehetőségünk van HPV tipizálásra. Ez sokat segít az ellenőrzések, kezelések tervezésében.

**CHRISTIAN J. THALER, M.D.** Konizáció végzése hidegkés vagy hurokkimetszéssel javasolt azért, hogy a szélek ne károsodjanak és szövettanilag megítélhetők legyenek. A konizációs anyagok 20-25%-a mutat pozitív széleket. Ugyanakkor a konizációval kezelt betegeknek csak mintegy 10%-ában marad meg vagy jelentkezik ismét a kóros elváltozás. Pozitív szélű CIN 1-ben a betegek 0-5%-án újul ki a megbetegedés. Ennél fogva az ő esetükben megfigyelésnek, gondos kolposzkópos és citológiai ellenőrzésnek van leginkább létjogosultsága. Pozitív szélű mutató CIN 2 és 3 esetén a visszatérési gyakoriság 20-30%. Ezen kockázati gyakoriság kisebb a pozitív külső, nagyobb a pozitív belső szélek esetében. Az ellenőrző vizsgálatok során gondos kolposzkópos és citológiai vizsgálatokat kell végezni. A citológiai vizsgálatoknál alapkövetelmény, hogy magasan, a nyakcsatornából is ve-gyünk váladékot, és hogy a kenetekben megfelelő számban legyenek mirigyhám sejtek. Pozitív vagy bizonytalan citológiai és/vagy kolposzkópos lelet birtokában kimetszés és nyakcsatorna kaparás elkerülhetetlenül fontos. Megmaradó CIN 2 és 3 esetén ismételt konizáció vagy méheltávolítás ajánlatos.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** Amennyiben a konizáció utáni szövettan CIN-t igazol, és a kimetszés nem az épben történt, akkor az általában követendő eljárásnak a megismételt műtétet tartom. Amennyiben fiatal betegről van szó, aki még szülni kíván, úgy választandó eljárás a rekonizáció, amennyiben már nem kíván szülni, úgy szóba jön a méheltávolítás, ugyancsak ez jön szóba akkor, ha az asszony postmenopausában van. Annak a ténynek, hogy melyik sebszélnél történt nem az épben a kimetszés, a választandó taktikában csak minimális a jelentősége, annál is inkább, mert az esetek egy részében a patológus igencsak ronsolt preparátátumot kénytelen vizsgálni. A konizáció kivitelezésének módja annyiban befolyásolja a teendőket, hogy lézer vagy kacs konizáció a széli részek megítélését még nehezebbé teszi, ezért ezekben az esetekben a széli részekben talált elváltozások még súlyosabbnak értékelendők. Befolyásolhatja még a döntést az is, hogy szövettani vizsgálathoz hány darab metszet készült, minél kevesebb ugyanis a készített metszetek száma, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy esetleg súlyos elváltozást tartalmazó részeket nem kerültek vizsgálatra. Méheltávolítás mel-



lett szól az, ha olyan betegről van szó, akivel nem lehet kooperálni, és aki így elvesz a vizsgálók szeme elől, valamint a rendszeres kontroll számára elérhetetlen.

**VESZELOVSZKY IVÁN DR.** Conisatiót követően CIN 1 vagy CIN 2 histológiánál álláspontunk szerint a szoros cytologiai, kolposzkópos kontroll elegendő, CIN 3-nál elsődleges feladat a beteg korrekt felvilágosítása. Amennyiben szülni nem akar, úgy döntését az irányba igyekszünk befolyásolni, hogy a megnyugtató és végleges megoldás az uterus eltávolítása az adnexumok konzerválása mellett. Amennyiben a beteg generatív korban van, szülni akar és elvárható mértékben kooperál, vagy ha az uterus exstirpatioba nem egyezik bele, ismételt portioműtétet követően (collum amputatio?) 3 havonta cytologiai kontroll javasolt. A felvilágosításnál szem előtt igyekszünk tartani, hogy az elmondottakból a beteg mennyit ért meg, és a későbbiekben elvárható-e tőle, hogy a javasolt kontroll vizsgálatokon részt vesz.

**2. A FENTIEK SZELLEMEBEN FEJTSE KI A VÉLEMÉNYÉT ARRÓL, HOGY MI A TEENDŐ, HA A KONIZÁCIÓ (HIDEGKÉS, LÉZER, HUOKKIMETSZÉS, STB) UTÁN NAPOKKAL MEGÉRKEZETT SZÖVETTAN IA1, ILLETVE IA2 STÁDIUMÚ MÉHNYAKRÁKOT IGAZOL, DE A KIMETSZÉS NEM AZ ÉPBN TÖRTÉNT? EGYÉB ELTÉRÉS NINCS. VÁLASZÁBAN VEGYE FIGYELEMBE A BETEG SZÜLÉSI IGÉNYÉT IS, VAGYIS, HOGY MI A TEENDŐ AKKOR, HA A BETEG MÉG AKAR SZÜLNİ, ÉS MI, HA NEM.**

**APRÓ GYÖRGY DR.** IA1 incomplett excisioja esetén, ha a beteg még szülni akar, reconisatio és blastomás követés, egyébként hysterectomia (PiverI). Az IA1 és IA2 stadium között kruciális határvonalat érzek. IA2 nem épben kimetszett eseteiben Piver II hysterectomia és szisztémás lymphadenectomia a biztonságos. Ha a beteg a hysterectomiát elutasítja, mindenképpen ragaszkodik a méh megtartásához, még újabb, complett excisio után is vállaljuk a recurrens betegség szignificans kockázatát.

**BERBIK ISTVÁN DR.** A szövettani leletet haladéktalanul közlöm a pácienssel vagy megnevezett hozzátartozójával. Tájékoztatom a betegség meglétéről, kiterjedéséről, valamint arról, hogy az addig elvégzett műtét nem garantál gyógyulást, és legalább a méhnyak amputációját el kell végezni a folyamat kiterjedésének pontos meghatározására, még akkor is, ha el sem kezdte a családalapítást vagy még nem fejezte be a családtervezést.

**BORSOS ANTAL DR.** Ilyen esetekben a méheltávolítást tartom indokoltnak. Ha felmerül a méh megtartásának szükségessége, kivételesen, egyedi megfontolás alapján re-conisatiót, illetve collum amputatiót javaslok.

**DOSZPOD JÓZSEF DR.** Ha a kimetszés nem az épben történt, akkor függetlenül a sebszáltól (külső, alsó vagy belső), a conisatiót meg kell ismételni. A conisatio módja alapvetően nem

befolyásolja a teendőket. Nagyon fontos szempont a beteggel való együttműködés és megfelelő felvilágosítás.

**GARDÓ SÁNDOR DR.** IA1 stadium és nem épben történt kimetszés esetén, ha a beteg még szülni kíván, valamint fiatal nőkben (30 év alatt) megkísérelném az ismételt conisatiót. Minden más esetben egyszerű hysterectomiát javaslok. IA2 stadium és nem épben történt kimetszés esetén kiterjesztett méheltávolítást javaslok lymphadenectomiával.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** Azoknál az IA1 és IA2 stádiumú betegeknél, akiknél méhnyak konizációt követően a kórboncnok pozitív sebészeti széleket talált, és még fogamzási terveik vannak, ismételt konizációt javaslok olyan hamar, ahogy a teljes gyógyulás azt lehetővé teszi. A végleges szövettani lelet megváltoztathatja a stádiumot, és más kezelést tehet szükségessé. Ha nem, két évig háromhavonta végzek ellenőrzést kolposzkóppal és a méhszáj felszínéről és a nyakcsatornából vett minták citológiai vizsgálatával. Ha menopauzában lévő betegeknél történt a konizáció, melynek a sebési szélei pozitívak voltak, a teljes gyógyulás után ismételt konizációt javaslok, fagyasztott metszetet, amelyet a méheltávolítás megfelelő fajtája követ, ha a beteg is óhajtja.

**MARTON ISTVÁN DR.** Kérdés egyértelműen a beteg igen részletes felvilágosításának és a vele való részletes értékelésnek a függvénye. Nem lehet elvitatni a beteg azon jogát, hogy fokozott kockázat ismeretében, gyermek iránti vágy mellett módja legyen az igen kockázatos terhességet vállalni. Ez a szemlélet valamennyi kérdés megválaszolásánál meghatározó, perdöntő kell, hogy legyen, és valamennyi szakmai kérdés csak ennek függvényében és tükrében értékelhető.

**PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.** Nem az épben kimetszett IA1 (az invázió nem haladja meg a 3 mm-t, és nincs nyirokérbetörés) carcinoma esetén hasonló terápiás elveket javaslok mint CIN 3 esetén. IA2 carcinoma esetén (az invázió meghaladja a 3 mm-t) minden esetben Wertheim műtétet javaslok, tekintettel arra, hogy ebben a stádiumban már nyirokcsomó metasztatizációk létezhetnek.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** Minden esetben ismételt fracionált abrázió és conisatio szükséges a megfelelő stádium megállapítása érdekében. Ennek eredménye dönti el - figyelembe véve a beteg korát, fertilitási igényét, valamint a kismedencei anatómiai viszonyait - a további tennivalókat. Az ismételt szövettani eredmény befolyásolja a műtét kiterjesztettségét, az esetleges preoperatív kezelés szükségességét, és ritka esetben a csak szoros observációra való hagyatkozást.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Amennyiben a beteg szülni akar, rekonizáció javasolt, szoros citológiai és kolposzkópos ellenőrzés mellett minél hamarabb vállaljon terhességet.



Terhesség esetén profilaktikus méhszájzáró műtét végzése indokolt. A beteggel természetesen részletesen ismertetni kell a méh eltávolításának késlekedésében rejlő kockázatot. A hüvelyi szülés után irradiáció, majd abdominális hysterectomia végzendő. Császármetszés esetén a méhet is eltávolítjuk a műtét során, majd posztoperatív irradiációt adunk. Amennyiben a beteg már teljesítette reprodukciós terveit, úgy irradiációt követően hasi méheltávolítást végzünk, a szövettani eredménytől függően posztoperatív irradiációt is alkalmazunk.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** IA1 és IA2 stádiumban általában méheltávolítás javasolt. Itt azonban figyelembe kell venni, hogy a lézer és hurok-kimetszés esetén akkor is kaphatunk szövettanilag pozitív széli részt, ha az elváltozás teljes mértékben eltávolításra került, köszönhetően a melegkés vagy a lézer széli részeken okozott szövet-roncsoló hatásainak. Ezekben az esetekben a szövettani metszetek széli részeinek ismételt áttekintése segíthet eldönteni, hogy szükséges-e újabb konizáció vagy nem.

**ALBERT SINGER, M.D.** Ha a kimetszett anyag belső széle pozitív és szövettan IA1 vagy IA2 stádiumú méhnyakrákot mutat, a konizációt 4-6 héten belül megismétlem. Ki kell zárni, hogy a nyakcsatornában nem maradt-e vissza rákos elváltozás. Nem gondolom, hogy rögtön egyszerű méheltávolítást kell végezni, erre csak akkor kerülhet sor, ha invazív megbetegedés kizárható. Amennyiben a kimetszés a külső szélnél nem történt az épben, amint a sebgyógyulás megengedi, újabb kolposzkópos vizsgálatot javaslok, és ha a legkisebb gyanú van arra, hogy daganat maradt vissza, a kúp kimetszést a műtétet követő 4-6 héten belül megismétlem. Ezt az eljárást követjük ivarérett korú és a változó koron túl lévő asszonyok esetében is.

**SMID ISTVÁN DR.** Az IA1 és IA2 stádiumú cervix carcinoma között lényeges különbséget látok a tennivalókat illetően. Az IA1 stádiumú eseteket hasonlóan látjuk el, mint a CIN 3-okat. A IA2 stádiumban különösen, ha vér- vagy nyirokérbe is betört a folyamat, egyszerű méheltávolítást végzünk. Komoly gondot jelent, ha a beteg szülni szeretne. Ilyenkor és máskor is igen fontos a minden részletre kiterjedő felvilágosítás. Helyes, ha erről írásbeli nyilatkozatot ad a beteg. Egyébként 3 havonként ellenőrizzük.

**CHRISTIAN J. THALER, M.D.** IA1 vagy IA2 stádiumú rosszindulatú folyamat esetén függetlenül attól, hogy melyik szél pozitív, ismételt konizáció szükséges. A további kezelést az összes kimetszett szövetminta vizsgálata alapján megállapított stádium határozza meg.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** Amennyiben a konizációt követő szövettan IA1, illetve IA2 stádiumú karcinómát igazol, és a kimetszés nem az épben történt, akkor a választandó megoldás a méh eltávolítása, kivéve azt az esetet, ha fiatal,

még szülni kívánó betegről van szó, akiről feltételezhetjük, hogy részt vesz rendszeres kontroll vizsgálatokon. Ilyen esetben a rekonizáció vagy a cervix amputáció mérlegelendő. Természetesen ez utóbbiak csak abban az esetben jönnek szóba, ha nem áll fenn kóros ér vagy nyirok invázió.

**VESZELOVSKY IVÁN DR.** Az IA1 és IA2 stádiumú carcinománál - azon ritka kivételtől eltekintve, amikor a beteg generatív korban van és szülni akar - műtéti megoldást javaslok, mely alatt az uterus eltávolítását értjük az adnexumok konzerválásával. Amennyiben a korrekt felvilágosítás ellenére a műtétbe nem egyezik bele, a megfelelő dokumentáció mellett (a megajánlott műtét el nem fogadását aláírásával igazolja) 3 havonta kolposcopia, cytologiai kontrollra rendeljük be.

**3. MI A TEENDŐ, HA A KONIZÁCIÓ (HIDEGKÉS, LÉZER, HUROKKIMETSZÉS, STB) UTÁN NAPOKKAL MEGÉRKEZETT SZÖVETTAN IA1, ILLETVE IA2 STÁDIUMÚ MÉHNYAKRÁKOT IGAZOL, A KIMETSZÉS AZONBAN AZ ÉPBN TÖRTÉNT? EGYÉB ELTÉRÉS NINCS. VÁLASZÁBAN VEGYE FIGYELEMBE A BETEG SZÜLÉSI IGÉNYÉT IS.**

**APRÓ GYÖRGY DR.** A döntés mechanizmusa hasonló, IA1 stádiumban rekonizatio nem szükséges. IA2-ben radikális hysterectomia és lymphadenectomy javasolt.

**BERBIK ISTVÁN DR.** A leletet ugyancsak haladéktalanul közlöm a pácienssel vagy megnevezett hozzátartozójával. Tájékoztatom arról, hogy a rosszindulatú folyamat teljes egészében eltávolításra került ugyan, de kiújulása nem kizárt. Ezért, ha gyermeke már van, vagy a családtervezést befejezte, a méh eltávolítását javaslom. Ha gyermeke még nincs, úgy a páciens döntése alapján, ha módja van egy-két éven belül gyermekvállalásra, felajánlom a rendszeres szakorvosi ellenőrzést, annak tudatosításával, hogy a vállalt és tervezett terhesség idején esetleg kiújuló rosszindulatú folyamat miatt a terhesség bármikori befejezésére kényszerülhetünk a méh és esetleg a magzat elvesztésével is.

**BORSOS ANTAL DR.** Az igazolt invazív folyamatra való tekintettel az előzővel azonos módon járok el.

**DOSZPOD JÓZSEF DR.** Ha a beteg nem kíván szülni, akkor praeeoperatív sugárkezelés után méheltávolítás javasolt és a műtéti preparátumtól függően postoperatív irradiatio. Amennyiben szülni kíván, megfelelő felvilágosítás és három havonta történő onkológiai ellenőrzés javasolt.

**GARDÓ SÁNDOR DR.** Biztosan épben történt kimetszés és IA1 stádium esetén, amennyiben a beteg fiatal, illetve szülni akar, a kezelést szoros cytologiai és kolposzkópos kontroll mellett befejezettnek tekintem. 35-40 éves kor felett egyszerű hysterectomiát javaslok.



IA2 stádium esetén nehezebb a helyzet, mivel 7% körül van az esélye annak, hogy a kismedencei nyirokcsomók is érintettek. Ez esetben az egyszerű hysterectomia nem nyújt többet, mint az éppen történt conisatio, ezért kiterjesztett méheltávolítás és lymphadenectomia végzendő. Amennyiben viszont a beteg meg kívánja tartani a méhet, nem beszelném le erről. Végül is a 93:7 arány nem is olyan rossz, bátraké a szerencse.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** Meghatározom a kónusz széleit a mikroinvazív méhnyak elváltozás körül az invázió legmélyebb pontjától 5-10 mm-re. A javasolt követés kolposzkópia és a méhszáj felszínéről és a nyakcsatornából kenetvizsgálat három havonta, két évig, majd hat havonta további három évig. Azoknak a betegeknek, akiknek nincs fogamzási tervük, IA1 stádiumban egyszerű méheltávolítást, IA2 stádiumban módosított radikális méheltávolítást javaslok. A kimetszés módja, konizáció, hurokkimetszés, hidegkés, vagy lézer nem befolyásolja a fenti kezelési tervet.

**MARTON ISTVÁN DR.** Ugyanaz a válasz mint 2. kérdés esetén.

**PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.** Ha a szövettan éppen kimetszett IA1 carcinomát igazolt, még szülni kívánó fiatal nők esetén nincs szükség további beavatkozásra, csupán szoros utánpótlásra. Idősebb, szülni már nem kívánó beteg esetén a beteggel történő megbeszélés alapján javasolom eldönteni a méh esetleges megőrzését vagy eltávolítását. IA2 carcinoma esetén a fenti okból minden esetben radikális méheltávolítást javaslok, kismedencei lymphadenectomiával kiegészítve. Igéretes, de még csak klinikai trialban megengedhető próbálkozás, a méhtest konzerválása Wertheim műtét során, a fertilitás megőrzésére.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** Az éppen való kimetszés esetében messzemenően figyelembe kell venni a beteg korát, esetleges fertilitási igényét. Későbbi korban, vagy ha a beteg már szülni nem óhajt, a beteggel való konzultációt követően definitív megoldás választandó. IA1 esetben egyszerű hysterectomia végzendő individuálisan adnexectomiával vagy anélkül. IA2-nél kiterjesztett hysterectomia Wertheim szerint a beteg korától függően az adnexumok konzerválásával. Ezekben az esetekben sugárkezelés nem szükséges. Ha a beteg fiatal és még szülni szeretne, IA1 esetben a létező rizikó lehetőségének feltárását követően - annak ismeretében, ha a beteg ezt vállalja - szoros observatio is lehetséges.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Rekonizáció műtétet nem végzünk, egyebekben ugyanúgy járunk el, mint a 2. pontban.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** IA1 stádiumú menopauza előtt lévő nőknél, akik fertilitásukat

meg óhajtják őrizni, a kockázat megbeszélése után az ellenőrzés fontolóra vehető. Ha családtervezési igény nincs, méheltávolítás javasolt. IA2 stádiumban minden betegnél indokolt a méheltávolítás. A menopauza után lévő nőknél ugyanez a kezelés. Ha a menopauza előtt lévő nőknél, akik fertilitásukat még meg akarják őrizni, lézerrel történt konizáció, indokolt hidegkés konizációt végezni a kónusz körüli szövetek pontos tisztázására.

**ALBERT SINGER, M.D.** IA1 és IA2 stádiumú méhnyakrák esetén, ha a kúp alakú kimetszéssel eltávolított anyag szélei daganatmentesek, a további teendőket a daganat nagysága és az határozza meg, hogy a vér-nyirokér résekben láthatók-e daganat sejtek. Ha a daganatos elváltozás szélességében a 7 mm-t meghaladja, és jelentős a vér-nyirok rések beszűrtsége, úgy gondolom, hogy a megfelelő méheltávolítás elvégzése indokolt, különösen akkor, ha a beteg már nem kíván szülni, és a menopauzán túl van. Ivarérett korban lévő betegeknek megmondanám, hogy annak a valószínűsége, hogy a nyirokcsomókba daganatsejtek jutottak 2-5% akkor, ha a daganat szélességében 7 mm-nél nagyobb. Ha kisebb, mint 7 mm, és teljesen az éppen távolítottuk el, ez a kockázat nem több, mint 1-2 % és ezért szoros követés elegendőnek tűnik.

**SMID ISTVÁN DR.** Az IA1 és IA2 stádiumú carcinoma éppen történő kimetszése esetén legtöbbször csak 6 havonkénti ellenőrzést végzünk. Ezt hasonló elvek és gyakorlat szerint végezzük, mint a CIN 3-as eseteknél. A IA2 stádiumban, ha a beteg nem kíván gyermeket szülni, különösen 35 év felett, valamint, ha vér- vagy nyirokérben történő inváziót észlel a pathológus, a méh eltávolítását javasoljuk.

**CHRISTIAN J. THALER, M.D.** Stádium IA1 folyamat esetében, éppen végzett kimetszést követően a daganat megmaradásának vagy kiújulásának kockázata nagyon kicsi. A fogamzókéesség megtartható. A rákos megbetegedés helyi kiújulásának vagy megmaradásának veszélye még IA2 stádiumú esetekben is elenyésző, ha a sebészi szélek épek. Azonban az IA2 esetek 1-3%-ában medencei nyirokcsomó áttéteket fogunk találni. A fogamzókéesség megtartása indokolt lehet, amennyiben erre igény van, azonban medencei nyirokcsomó mintavétel (endoszkópos) végzése mérlegeendő. Minden egyéb esetben méheltávolítást kell felajánlani.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** Amennyiben a konizáció utáni szövettan IA1, illetve IA2 stádiumú karcinomát igazol, de a kimetszés az éppen történt, eltekinthetünk a további műtéti beavatkozástól akkor, ha: a) a beteg fiatal és még szülni kíván, b) a beteg kooperáció képes, így a gondos nyomonkövetése biztosítható, c) a szövettani leletben sem ér, sem nyirok invázió nem mutatható ki, d) a beteg megfelelő felvilágosítása megtörtént a lehetséges eljárásokról, azok esetleges előnyeiről, illetve hátrányairól, a beteg a felajánlott



lehetőségek közül döntött, és döntését a kórlapban aláírásával igazolta.

**VESZELOVSZKY IVÁN DR.** Teendők lényegében az előző pontokban foglaltakkal egyezik, azzal a kivétellel, hogy generatív korban, meglévő szülési igény esetén a műtétet nem forszírozzuk. Generatív kor után, vagy társindikációk esetén azonban mindenféleképp megnyugtatóbb az uterus eltávolítása.

**4. MYOMA ESETÉBEN MIKOR JAVASOLT A MÉHELTÁVOLÍTÁS? KÉREM FEJTSE KI AZOKAT A TÉNYEZŐKET, AMELYEK MEGHATÁROZZÁK A JAVASLATOT. MILYEN ESETEKBE VÁLASZTJA A HASI ÉS MILYEN ESETEKBE A HÜVELYI MÉHELTÁVOLÍTÁST? HASI MŰTÉT ESETÉN A MÉHNYAKAT IS MINDIG ELTÁVOLÍTJA? MÁS SZÓVAL, MIKOR DÖNT SUPRA-VAGINALIS CSONKOLÁS MELLETT?**

**APRÓ GYÖRGY DR.** Myoma esetén a méh eltávolítását szükségesnek tartom, ha: 1. az uterus 12/40-nél nagyobb, multiplex myomás jellegű, 2. kifejezett panaszokat (fájdalom, vérzészavar) okoz, 3. kiterjedt degeneratio jeleit mutatja (ultrahangvizsgálat). Fertilitási igény esetén, ha a myoma nagysága, a góccok száma és azok elhelyezkedése conservatív műtéti megoldást nem tesz lehetővé, és a teherbeesés, illetve a terhesség kihordása reménytelen.

A hysterectomy módját elsősorban a méh motilitása szabja meg. Rutinszerűen 14/40 nagyságig a mobilis uterust hüvelyen keresztül távolítjuk el, szükség szerint laparoscopos assistentiával. Fixált, 14/40 feletti nagyságú uterus és egyéb hasi pathológia esetén a laparotomiát preferáljuk.

Supravaginalis amputációt csak extrém ritkán végzünk, a beteg igen kifejezett kérésére. Ritkán adódhat műtéttechnikai ok is (nagyon kötött cervix, extrém obesitas).

**BERBIK ISTVÁN DR.** Ha a családtervezés befejezése után panaszt okoz (ismétlődő vérzészavar, anaemia, fájdalom, székelési, vizezési, szexuális diszkomfort, betegségtudat, phobia), ha a páciens panaszmentes, családtervezését befejezte, de még menstruál és egyszer csak kiderül, hogy férfikölnyi, vagy nagyobb myomás méhe van, illetve ha a daganat gyorsan növekszik, valamint akkor, ha társindikáció is van. Ha nem sikerül az előre tervezett konzervatív myoma műtét (enucleatio).

Tartok tőle, hogy a mai inséges és nullaegész-valamennyi szorzószámos alulfinanszírozott egészségügyünkben, teljesítményorientált hétköznapijainkban nemcsak ezek a javallatok léteznek.

Hasi méheltávolítást nagyméretű myoma esetén, illetve előzetes, belső nemiszerveken végzett laparotomia esetén

(császármetszést is beleértve) választok, valamint azokban az esetekben, amikor krónikus kismedencei gyulladás, peritonitis utáni állapot, ismert intraabdominális összenövés az uterus és az adnexumok kellő mobilizálhatóságát megnehezítik. Ugyancsak hasi méheltávolítást javaslok akkor, ha az operátor nem rendelkezik elegendő tapasztalattal a hüvelyi méheltávolításban és a páciens ragaszkodik személyéhez, valamint akkor, ha a páciens kifejezetten ragaszkodik a laparotomiához. Csak myoma miatt végzett hasi műtét esetén nem törekszem megrögzötten az ép méhnyak eltávolítására, illetve nem követelem meg munkatársaimtól, különösen akkor, ha a műtét folytatásának biztonsága a műtét közben válik nyilvánvalóvá (vérzés, sérülés veszélye, anaesthesiológiai okok). Ha a páciens későbbi együttműködési készsége feltételezhető, véleményem szerint a benthagyott méhnyak jól vizsgálható és szűrhető szervrészlet marad és később, második ülésben bármikor, egyszerű hüvelyi műtétrel nagyobb megterhelés nélkül eltávolítható.

Lehetőleg hüvelyi méheltávolítást választok akkor, ha a hüvely maga is rekonstrukcióra szorul. Nagy tisztelettel adózom a "vagtot"-bajnokoknak, de a *Cohen* szerinti alsó haránt laparotomia is az "elegáns" behatolási megoldások közé tartozik, és a legkevesebb szövődémmel jár.

Nem éreztem a feltett kérdésekben laparoszkópos myomectomiára, hysterectomiára és laparoszkóppal asszisztált hüvelyi méheltávolításra vonatkozó utalást. Ezért nem térek ki ezen újabb technikákról való véleményem ismertetésére.

**BORSOS ANTAL DR.** Feltételezve, hogy "egyéb eltérés nincs", myoma esetén méheltávolítást akkor javaslok, ha ez várhatóan a beteg panaszait szövődmények nélkül megszünteti. A javallatot meghatározó paraméterek sora igen hosszú, de a legfontosabbak a myoma nagysága, elhelyezkedése és extragenitális szervekhez való viszonya, a panaszok súlyossága és tartama, a beteg kora és családtervezési szándéka, belgyógyászati és műtéti anamnézise. A technikai biztonság szem előtt tartásával törekszem a hüvelyi úton történő megoldásra. Kedvező hüvelyi viszonyok és mobilis uterus esetén a férfikölnyi uterus eltávolítására is előnyösebbnek tartom a hüvelyi méheltávolítást. Hasi műtétnek a cervix egyidejű eltávolítását, ma már nem tartom minden esetben kötelező érvényű szabálynak. A cervix eltávolítása kismértékben, de növeli a műtét morbiditását. Még gondos technika esetén is romlik az ováriumok vérellátása, szemben a supravaginalis amputációval. A méhnyakrák "megelőzése" a rákszűrés mai színvonala mellett olyan fokú, hogy feltehető a kérdés, indokolt-e a cervix rutinszerű eltávolítása olyankor, amikor a beteg gyógyulása a méhtest eltávolításával is elérhető. Ennek ellenére az elterjedt és ma még általánosan érvényes szabály megváltoztatása előtt célszerű lenne randomizált vizsgálatokat végezni.



**DOSZPOD JÓZSEF DR.** A myoma eltávolítására akkor kerül sor, ha az krónikus panaszokat okoz (vérzés, alhasi fájdalom, vizelési-, székelési panaszok, krónikus vashiányos anaemia, cardialis panaszok stb.). Természetesen döntő fontosságú a nagysága is. Hüvelyi méheltávolítást végzünk, amennyiben azt az anatómiai viszonyok lehetővé teszik: lehetőleg multiparitás, mobilis férfikölnyit meg nem haladó uterusnagyság, előzetes hasi műtét hiánya, stb. Minden ellenkező esetben az uterust hasi úton távolítjuk el. A hasi műtétek esetén a méhnyakat minden esetben eltávolítjuk. Két megjegyzés: 1. ebben az esetben a cervixcsonk-carcinoma megelőzhető, 2. nem igaz az a megállapítás, hogy a cervixcsonk eltávolítása a hüvely funkciójában zavarokat okozna. A supravaginális amputációnak egyetlen indikációja, olyan technikai nehézség, amely csak a környezet súlyos sérülései árán oldható meg (retrocervicalis endometriozis, súlyos összenövés).

**GARDÓ SÁNDOR DR.** Tünetmentes myoma estén műtétet javaslok, ha az uterus nagysága eléri vagy meghaladja a 10-12 hetes terhes méh nagyságát. Műteti indikációt képez továbbá, ha a daganat gyors növekedési tendenciát mutat, ha vérzésszavart okoz (anaemia), továbbá ha fájdalommal vagy kismencedei diszkomfort érzéssel társul. Izolált góc vagy gócok esetén egyre inkább a myomectomiára törekszünk, nem csak fertilitas igénye esetén, hanem 40-45 évnél fiatalabb pácienseknél is. Diffúz uterus myomatosus esetében viszont a méheltávolítás jön szóba, amennyiben a fentebb említett feltételek fennállnak.

A méhnyakat rutinszerűen nem távolítom el. Amennyiben az előzetesen elvégzett cytologiai, illetve kolposzkópos vizsgálat, valamint a fractionált abrasio szövettana a malignus folyamatot kizárja, és a beteg részvétele a további cytologiai szűréseken biztosítottak látszik, úgy felajánlom a pacienseknek a választás lehetőségét a supravaginális csonkolás, illetve a cervix eltávolítása között. Úgy gondolom, hogy jóindulatú elváltozások esetén a kötelező cervix eltávolítás dogmáját ideje lenne felülvizsgálni.

**HERCZ PÉTER DR.** Az uterus myoma a női kismencede leggyakoribb daganata, nőbetegek kórházi felvételének mintegy egyharmadért felelős. Kezelését a laparoszkópos és a histeroszkópos sebészet fejlődése, valamint a gyógyszeres előkezelés lehetősége jelentősen megváltoztatta, és az esetek jelentős része alkalmas minimális invazív behatolásból végzett műtetre. Válaszomban elsősorban ezek szerepével szeretnék foglalkozni. A myoma kezelését több tényező befolyásolja: 1. A beteg szeretne-e még szülni, vagy egyszerűen meg kívánja tartani a méhét. 2. A myoma által okozott panaszok, a daganat nagysága és elhelyezkedése. Még szülni kívánó, panaszmentes, 10-12 terhességi hét nagyságú méhnél kisebb uterus és csak lassú növekedést mutató myoma esetében elegendő a beteg rendszeres megfigyelése. Még ter-

hességet vállaló, tünetmentes, vagy menorrhagiáról, vagy más panaszról beszámoló, 10-12 hét nagyságnál nagyobb uterusnál lehetőség szerint myomectomia javasolható. A méhet megtartani nem akaró betegnél aszimptomatikus vagy panaszt okozó 10-12 terhességi hét nagyságnál nagyobb, esetleg gyorsan növekvő daganat miatt hysterectomia végzendő.

A myomectomia módját a göb elhelyezkedése határozza meg: subserosus, illetve intramurálisán fekvő myomacsomót laparoszkóposan, submucosus daganatot pedig histeroszkópos úton távolíthatunk el. A kikocsányosodott és a kis átmérőjű subserosus myomacsomót könnyű minimálisan invazív behatolásból operálni. Nagy kiterjedésű myoma is kihámozható környezetéből és szükség esetén darabolás után evakuálható a hasüregből. Komoly technikai nehézséget jelenthet a göb alapjából kiinduló erős vérzés és a csomók helyén visszamaradó üregek zárása. 10 cm-nél nagyobb átmérőjű vagy több, nehezen hozzáférhető myomacsomó esetében célszerű laparotómiát végezni. Perimenopausában myolysis (laparoszkópos myoma koaguláció) ajánlható olyan betegeknek, akik szeretnék a méhkiirtást és myomectomiát elkerülni. A myomához vezető erek bipoláris tüelektródával, vagy kvarcszálon vezetett Nd:YAG lézersugárral koagulálhatók. A vérellátás megszűnése után a myomacsomó elszorvad.

Submucosus daganat histeroszkópos úton távolítható el reszektoszkóp vagy Nd:YAG lézer alkalmazásával. A histeroszkópos megoldás lehetőségének a határát az jelenti, ha a myoma göb átmérője nagyobb mint 5 cm, vagy ha a csomó több mint 50%-a intramurálisán fejlődik. Itt is szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy histeroszkópos myoma reszekció előtt minden esetben elengedhetetlen a praeeoperatív diagnosztikus histeroszkópia és endometrium biopszia végzése.

A myoma miatt történő méheltávolítás ideális javallat laparoszkópos műtetre. A laparoszkópos hysterectomia a hasi méheltávolítás alternatíváját jelenti, és nem a vaginális hysterectómiát helyettesíti. (Nemzetközi és hazai adatok szerint a méh eltávolítását 70-80%-ban hasi úton végzik, és csak 20-30% a vaginális hysterectomia). A laparoszkópos technika szerepe a méh kiirtásában az előzetes diagnosztikus laparoszkópiától a teljes laparoszkópos méheltávolításig terjedhet.

Az utóbbi időben mind többen ajánlják a méh teljes kiirtása helyett a laparoszkópos supracervicalis (subtotalis) hysterectomia (LSH) műtétet. Álláspontjuk szerint a cervix megtartásával kevésbé károsodik a hüvely alátámasztó rendszere, a *Frankenhausen*-féle uterovaginális plexus, és nem rövidül meg a hüvely. Ezért csökken a prolapsus, az enterokele, a hólyag, és a szexuális funkció zavarok kialakulásának a lehetősége. Az LSH műtete során ritkábban fordul elő ureter és hólyag sérülés, valamint erős vérzés, mint a teljes



méheltávolítás alatt. A postoperatív szakban a laparoszkóposan asszisztált vaginális hysterectomiához képest is tovább mérséklődik a fájdalom, a betegek gyorsabban térnek vissza mindennapi tevékenységeikhez, valamint ritkábban vannak szexuális panaszuk. Úgy vélik, hogy szemben a 40-es, 50-es évekkel, a cervixráktól való félelem ma már nem indokolja a méhnyak profilaktikus eltávolítását, mert a cervix praecancerosus elváltozásai ma már korán felismerhetők, emellett a nyakcsatornahám koagulálása és a transformációs zóna esetleges kimetszése gyakorlatilag eliminálja a cervix malignizálódásának a veszélyét. A LSH elsősorban myomás méh-test és ép cervix esetében tűnik megfontolhatónak.

**MATTHIAS KORELL, M.D.** A méheltávolítás javasolt tünetet okozó (vérzés, fájdalom stb) myoma esetében sikertelen hormonális kezelést követően, vagy olyan nőknél akiknél a konzervatív myoma kihámozásának, illetve a méhnyálkahártya ablációnak ellenjavallata van. Amennyiben méheltávolítás szükséges, minden esetben a hüvelyi út javasolt. A hüvelyi méhkiirtást nehezítő körülmények esetén (nagy méh, nem volt hüvelyi szülése, stb.), hastükrözés végzendő a laparoszkópos méheltávolítás, avagy a laparoszkóppal asszisztált hüvelyi méheltávolítás (LAVH) lehetőségét tisztázandó. Ha ezek a műtétek nem végezhetők, hasi méheltávolítás javasolt.

Mivel a méhnyak megtartása nem vezet a medencefenék jobb műtét utáni működéséhez, valamint mert a méheltávolítást követő nemi élet zavarai inkább a műtét előtti személyes körülményektől, mintsem a műtét típusától függenek, a méhnyak megtartása a mindennapi gyakorlatban nem javasolt.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** A méh myomáinál a következő szabályt követem. Ha a myoma nem zavarja a beteget, mi sem zavarjuk a myomát. Így a méheltávolítás indoka a tünetektől és nem a méh nagyságától függ. Általános választott módszer a hüvelyi méheltávolítás darabolással. A 18 terhességi hét nagyságú vagy nagyobb myomák esetében első lépés a hastükrözés. Ha a betegnek nincs fogamzási terve, először a függelékek szalagjainak átvágása történik meg. Ezután az arteria uterinakra klippet helyezünk a húgyvezetékek szintje felett. Ha a megkisebbités hüvelyi úton nem lehetséges, a myomákat laparoszkópon át addig kisebbítjük, amíg befér a medence üregbe, és kivethető hüvelyen át.

Hasi méheltávolítás esetén minden esetben javasolom a méhnyak eltávolítását, mivel a méhnyak megtartásának semmi előnyét nem figyeltük meg. A Mayo Klinikán a méhnyak-csonk eltávolítások megközelítően 40%-a csonk előesés miatt történik, és megfelelő nyomonkövetés esetén 500 beteg közül 1 esetben lehetett méhnyakcsonk rákot találni.

**MARTON ISTVÁN DR.** A perimenopauza idején, ha a beteg szándéka hosszútávon a hormonpótló kezelés, akkor feltétlen

javallt a méheltávolítás. Az uterus nagysága, a göbök elhelyezkedése (submucosus), vérzészavarok támasztják alá a műtėti javallatot. Ha technikailag megoldható, a hüvelyi utat választjuk, hasi műtétnél kizárólag technikai akadályok esetén hagyjuk vissza a méhnyakat.

**PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.** Alapvetően méheltávolítás javasolt myoma uteri esetén, ha az a betegnek panaszt okoz (és a panaszok hátterében egyéb ok kizárható). Amennyiben a beteg panaszmentes, a klasszikus határ amely fölött méheltávolítás javasolt az ún. "férfiökölnyi" méh. A méh eltávolításának módját minden betegnél külön mérlegelni kell. Ha technikailag lehetséges, a hüvelyi méheltávolítást, esetleg laparoszkóppal asszisztált hüvelyi méheltávolítást javasolom előnyben részesíteni. Amennyiben a portió ép, és a beteg nem szeretné a méhnyak eltávolítását, ill. vállalja a rendszeres követést, megengedhetők tartom az uterus csonkolását myoma műtét esetén.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** A myoma eltávolításának mindig individuális indikációja van. Hirtelen növekvő, kismedencei térszűkítő panaszokat okozó, befolyásolhatatlan vérzési zavarokkal járó, vizsgálatokkal igazoltan kóros degeneratív elváltozásokat mutató, valamint értékelhetően gócként szereplő myoma esetében az eltávolítás javasolt. Ezek hiányában a beteg döntése az irányadó. Az esetek döntő többségében hüvelyi méheltávolítás mellett lehet dönteni. Hasi méheltávolítás enormis nagy vagy sokszoros elváltozás esetében, valamint nagyobb és bizonytalan adnexfolyamat és egyéb kismedencei megbetegedés (diverticulosis, endometriosis, stb.) előfordulása esetén szükséges. A hüvelyi műtét előzetes kismedencei műtéteket követően kivitelezhető. A hüvelyi méheltávolítás kontraindikációja laparoszkópos gyakorlattal rendelkező és erre felkészült intézetben nagymértékben lecsökkenthető. Ilyen intézetben laparoszkóppal asszisztálva a műtét hüvelyi úton is elvégezhetővé válik. Természetesen a beteg döntését is figyelembe kell venni.

Supravaginalis csonkolás főleg fiatalabb korban a beteg kérésére reális alternatíva. Ennek előfeltétele, hogy a műtétet megelőzően kolposzkópos vizsgálat, cytológia és fractionált abrasio végzésével bizonyíthatóan kóros folyamattól mentes cervixet hagyjunk vissza.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Myoma esetén akkor ajánljuk a méh eltávolítását, ha a méh mérete férfiökölnyi. Ennél kisebb méh esetén akkor végezzük a méh eltávolítását, ha állandó alhasi, illetve deréktáji panaszokat (fájdalom, vizelési inger, esetleg vizelési akadály) okoz, illetve ha a visszatérő rendellenes vérzések miatt a beteg anémiássá válik. Utóbbi esetben a méh eltávolításának alternatívája az endoszkópos endometrium abláció.



Amennyiben a méh nem túl nagy, mobilis, az asszony többször szült hüvelyen keresztül, elég tág a hüvely, esetleg hüvelyfali plasztikai műtét végzése is indokolt, továbbá korábbi hasi műtétek, illetve gyulladások hiányában adhéziókra nem lehet számítani, úgy a méh hüvelyi úton történő eltávolítását ajánljuk.

Amennyiben jelentős összenövésekre lehet számítani, úgy laparoszkóppal asszisztált hüvelyi méheltávolítás az ajánlott eljárás. Amennyiben az ultrahang vizsgálat során subvesicalis myomagóc volt látható, az uterus túl nagy, nem mobilis, a hüvely szűk, atrophias, úgy hasi méheltávolítást végzünk. A beteggel természetesen ismertetni kell mindkét eljárás előnyeit és hátrányait, valamint azt is, hogy ritkán előfordulhat, hogy a hüvelyi úton történő méheltávolítás közben olyan komplikáció adódik, mely a műtét hasi befejezését teheti szükségessé.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** A méheltávolítás javasolt panaszokat (vérzészavarok, folyamatos alhasi fájdalom, hólyag tünetek) okozó myoma estén, valamint, ha a myoma fokozatosan növekszik, vagy ha nagyobb mint 10 cm. A myoma minden esetében előnyben részesítjük a hasi méheltávolítást. A méhnyak rendszerint eltávolításra kerül a méhhez együtt, kivételt csak a különösen kövér nők képeznek.

**ALBERT SINGER, M.D.** A képzésem alatt azt tanultam, hogy ha a myomás méh a 12 hetes terhességnek megfelelő nagyságot nem haladja meg, hüvelyi úton el lehet távolítani. Most a 16 hetes terhességi nagyságú myomák hüvelyi eltávolítását is elvégezzük, ha azok GNRH analógok adásával megkisebbitethetők. Hasi méheltávolítás során gyakorlatilag mindig megtartom a méhnyakat, ha azon elváltozás nem látszik, és a citológiai vizsgálat negatív. Tulajdonképpen egy kicsit módosított méheltávolítást végzek, amennyiben egy fordított konizációval a hasüreg felől kivágom a nyakcsatornát egészen a külső méhszájig. A sebszéleket két, vérzéscsillapító nyolcasöltéssel zárom. Az egész méhnyakat csak elvéve távolítom el. Ezzel az eljárással a műtét utáni medencei fertőzések és a vizeleti szövődmények lényegesen ritkábban fordulnak elő.

**SMID ISTVÁN DR.** Myoma miatt történő méheltávolítás indikációját az alábbiak határozzák meg: 1. Az általa okozott tünetek súlyossága (függetlenül a nagyságtól); 2. Tüneteket nem okozó nagy myoma (férfi ökölnyitől nagyobb); 3. A beteg életkora; 4. Kíván-e gyermeket szülni? 5. A beteg pszichés beállítottsága (a méh elvesztése komoly lelki problémákat okozhat). "Üresnek" érzi magát, frigiditás stb. alakulhat ki. A 4. és 5. pontban említett esetekben mindenképpen megkíséreljük a méh megtartását. Hasonlóan járunk el a fiatal, fertilis korban lévő nők esetében még akkor is, ha nem akarnak szülni.

Osztályunkon elsőszeretettel végezzük a hüvelyi méheltávolítást (50-60%-ban ezt a műtétet választjuk). A hüvely tágassá-

ga, az uterus mobilitása és nagysága, a góccok elhelyezkedése (pl. cervicalis, intraligamentaris myoma estén nem) alapján döntünk.

Mobilis uterus, tág hüvely esetén újszülöttfejnyi méhet is eltávolítunk. Laparotómia - után igen ritka kivételtől eltekintve - nem végzünk hüvelyi méheltávolítást. Valószínű, hogy a diagnosztikus és preoperatív laparoszkópia alkalmazásával növelni tudnánk a jelenlegi százalékot. Eddig nem tudtak meggyőzni ennek előnyéről, indikációjáról. Úgy gondolom, egy Pfannestiel metszésből végzett hasi méheltávolítás kisebb terhet jelent a beteg számára. Érdekes, hogy azok népszerűsítik ezt a módszert, akik igen kevés hüvelyi méheltávolítást végeznek. Hasi műtét esetén mindig eltávolítjuk a méhnyakat is.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** Myoma esetén javasolt a méheltávolítás, ha: a) idősebb, már szülni nem kívánó asszonyról van szó, b) olyan tünetek vannak (vérzés, fájdalom, vizelet- és székletürítési panaszok, stb), amelyek jelentősen rontják az életminőséget, c) relatív indikációt jelent, ha a beteg ismerve a myoma tényét, ragaszkodik a műteti megoldáshoz, attól való félelmében, hogy később a panaszai fokozódnak, vagy a folyamat rosszindulatúvá válik (a beteg véleménye szerint). Hasi műtét jön szóba, ha: a) előrement hasi műtétek miatt összenövések valószínűsíthetőek, b) a méh nagysága, illetve a hüvely anatómiai állapota miatt a hüvelyi műtét kockázata magas, c) ha szóba jön konzervatív myoma műtét, d) ha olyan egyéb megbetegedése van a betegnek, amelyben a has áttekintése előnyökkel jár. Egyéb esetekben hüvelyi méheltávolítás javasolt, ez szóba jöhet előzetes hasműtét után is, ilyenkor a műtétet laparoszkópos asszisztálással végezhetjük el. Hasi műtét esetén, magam részéről a méhnyakat is eltávolítom, vagyis myoma estén nem döntök supravaginális csomkolás mellett.

**VESZELOVSZKY IVÁN DR.** Ismert előttünk az a sebészeti elv, hogy ha a szervezetben bárhol tumor van, annak eltávolítása javasolt. Ez azonban myomára csak megszorításokkal alkalmazható. Figyelembe kell venni a beteg korát, a myoma nagyságát, az esetleges panaszokat, vérzési zavart, generatív korban panaszokat nem okozó kisebb myomagóc esetén, ha a beteg úgy dönt, szoros observatio mellett a műtéttől eltekintünk.

Amennyiben a myoma nagysága, valamint az esetleges társindikációk műteti eltávolítást javallnak, úgy osztályos gyakorlatunkban a szokottnál lényegesen gyakrabban döntünk abdominális méheltávolítás mellett, annak ellenére, hogy ismert előttünk az a tendencia, mely szerint, ha a collum szűrése megoldott, praecancerosis nincs, a supravaginális amputáció is elegendő. Ezidáig a nőgyógyászok között az az elv volt uralkodó, hogy az amputáció "szakmailag könnyebb megoldás", az a nőgyógyász, aki adott magára, a collumot is



eltávolította. A későbbiekben valószínűleg több *Chrobak*-műtétet fogunk végezni. Jelenlegi gyakorlatunkban supra-vaginális amputációt csak abban az esetben végzünk, ha műtéttechnikai nehézségek (környező szervek sérülésének veszélye, vérzés) ezt indokolják, és a cervix a műtétet megelőzően ép volt, cytologia P1 vagy P2.

Myomaműtéteink esetében nemkívánatosan kevés a hüvelyi méheltávolítások száma (Ennek oka a nem kimerítő felvilágosítás mellett az is, hogy a betegek jobban ragaszkodnak a hasi megoldáshoz, valamint az, hogy területünkön a szokott-nál gyakrabban fordulnak elő elhanyagolt, vaginális totál extirpatoria már nem alkalmas nagyságú myomák.) Véleményünk szerint a nem túl nagy (4-5 cm-nél kisebb góccok) myomás uterus mellett, ha az uterus mobilis, adhaesiokra számítani nem kell, a hüvelyi megoldás a kívánatos. Külön javallt a hüvelyi megoldás, ha társindikációból (incontinencia, hüvelyfali descensus) hüvelyi társműtétet is kell végeznünk.

**5. MYOMÁK ESETÉN MIKOR JAVASOLT A GHRH (LHRH) ANALÓGOK HASZNÁLATA A DAGANAT MEGKISEBBÍTÉSE CÉLJÁBÓL? MILYEN MENNYISÉGBEN ÉS MENNYI IDEIG CÉLSZERŰ A GHRH ANALÓGOK ADÁSA? SZÜKSÉGES-E MINDEN ESETBEN MŰTÉTET VÉGEZNI A GHRH ANALÓG KEZELÉST KÖVETŐEN? EBBŐL A SZEMPONTBÓL FEJTSE KI, HOGY SZÜKSÉGES-E MINDEN ESETBEN A MÉHET ELTÁVOLÍTANI, VAGY LEHET KONZERVATÍV MŰTÉTET (PL. FOGAMZÁSI IGÉNY ESETÉN A MYOMÁS GÖB KIHÁMOZÁSA), VÉGEZNI. A GHRH ANALÓGOK ADÁSÁRA MEGKISEBBEDETT MYOMÁK STATUSÁNAK MEGTARTÁSA MEGOLDHATÓ-E GYÓGYSZERES KEZELÉssel (PL. FOGAMZÁSGÁTLÓ TBL., HORMONPÓTLÓ KEZELÉS, FENNTARTÓ, A GNRH ANALÓG INJEKCIÓK STB.)? KÉREM VEGYE FIGYELEMBE A GHRH ANALÓGOKKAL TÖRTÉNŐ KEZELÉS SZÖVŐDMÉNYEIT ÉS KÖLTSÉGEIT.**

**APRÓ GYÖRGY DR.** GNRH analógok alkalmazása egyéb, benignus nőgyógyászati állapotok (endometriosis, dysfunctionalis méhvérzés, hyperandrogen állapot, PCO-ban, súlyos praemenstruációs szindróma) mellett myomák esetében mindig kívánatos lenne. Egyrészt a méh tömegének reductiója technikailag megkönnyíti a műtétet, több vaginális hysterectomiát tesz lehetővé. Másrészt az esetek egy részében feleslegessé vagy halaszthatóvá teszi a sebészi megoldást. Különösen fontos ez fertilitási igény esetén, mikor is a góccok enucleálása jobb fertilitási eséllyel végezhető.

Véleményem szerint a góccok redukált statusa legeredményesebben fenntartó GHRH kezeléssel konzerválható. A költségeket és mellékhatásokat is tekintve gestagenek is alkalmazhatók. A hormonpótló kezelés és a fogamzásgátló tableták az eredmények fenntartásában kevésbé ígéretesek.

GNRH analógok conventionalis adagolása havonta történik (pl. goserelin 3.6 mg havonta egyszer), 3-12 hónapon át. A hosszútávú GNRH kezelésnek határt szabnak a mellékhatá-

sok, főleg a menopausa-tünetegyüttes és a csontvesztés, utóbbi mértéke 6 hónapos kezelés után 3-5%-ra tehető. A mellékhatások csökkentése érdekében javasolt az ún. "add back" terapia, amelynek lényege, hogy a GHRH kezeléssel együtt a hiányzó steroidokat visszapótoljuk, illetve a hiánytüneteket más szerekkel ellensúlyozzuk. A legelterjedtebben alkalmazott "add-back" rezsimek: 1. Ösztrogén (ösztadiol, ösztriol) a minimális adagtól a teljes "csontvédő" dóziséig. 2. Gestagen (MPA 5 mg/d, NET 5-10 mg/d), 3. Kombinált HRT, 4. Tibolone (2.5 mg), 5. Bisphosphonatok. Mivel a fő cél a hypösztrogén állapot ellensúlyozása, a leghatékonyabbak az ösztrogént is tartalmazó kombinációk.

**BERBIK ISTVÁN DR.** Myomák esetén a GNRH (LHRH) analógok adását a daganat megkisebbitése céljából három hónapig, esetleg 2x3 hónapig adagolva megengedhetőnek tartom, a páciens mindenre kiterjedő, részletes felvilágosítását és írásos beleegyezését követően. Meddőség esetén, valamint konzervatív, méhmegtartó műtét helyett is megengedhetőnek tartom a kezelést, ha a páciens, saját információira hivatkozva, részletes orvosi tájékoztatást követően is megingathatatlanul bízik a gyógyszeres kezelés teljes sikerében és/vagy a műtét elkerülhetőségében (beleértve az anyagi szempontokat is). Nem vagyok meggyőződve arról, hogy a megkisebbedett myomák statusa megtartható hosszútávon további gyógyszeres kezeléssel (fogamzásgátló tabletta, hormonpótló kezelés, stb), egyébként is számolni kell jelentős soma-topszichés hatással, amely nem mindig pozitív irányú. Egyetértek azokkal, akik azt állítják, hogy a gyógyszerek kiváltotta művi klimax hatására a myomák mérete csökken ugyan, de a környezetükhöz szívósabban fognak tapadni és mobilizálhatóságuk nehezebb lesz. Ugyancsak nehezebb lesz megtalálni a kisméretű göböket, amelyek benthagyása recidíva veszélyét jelenti. A műtét során POR-8 oldattal történő, vérzéscsillapító célzatú myometrium infiltrációval a GNRH analóg kezelés pszichés és anyagi terhe nélkül akár tucatnyi myoma eltávolítása is biztonságosan elvégezhető.

**BORSOS ANTAL DR.** A myoma GNRH kezelése sajnálatos, elsősorban anyagi okok miatt a betegek viszonylag szűk körében jön szóba. A női meddőség azon eseteiben, ahol a myomán kívül más okot nem sikerül azonosítani, akár egy depó dózis is hasznos lehet. Nagy myoma progresszív megkisebbedése természetesen indokolja a kezelés folytatását maximum 3 hónapig. Az a tapasztalat, hogy 3 hónap után már további megkisebbedés nem várható. A GNRH kezelést követően végzett myoma enucleatio bizonyítottan kisebb vérvesztéssel jár, és a szöveti rétegek preparálása is lényegesen könnyebb. A myoma okozta vérzéscsavar konzervatív kezelése hónapokig megoldást jelenthet, de a megkisebbedett myomák gyógyszeres fenntartó kezelésére minden szempontból ideális gyógyszer nincs.



A méh eltávolítását nem tartom szükségesnek minden esetben, még akkor sem, ha nincs fertilitási igény. A panaszokat okozó, kiágyazható egy vagy néhány góc nem indokolja a teljes méh eltávolítását. Benignus kórképekben a feltétlenül szükséges legkevésbé extenzív, tehát lehetőleg szervmegtartó megoldások híve vagyok. Döntésünket lényegesen befolyásolhatja a betegek kérése, természetesen a részletes és alapos felvilágosítást követően.

**DOSZPOD JÓZSEF DR.** Ha a beteg még nem szült, akkor a myomák kezelésében szóba jön a GNRH analóg adása (6 hónapos kúra). Tapasztalataink szerint a GNRH analóg kezelésre átmenetileg megkisebbedik a méh, a kúra befejezte után azonban újra növekedésnek indul. Ismételt GNRH analóg kezelés csak a legszükségesebb esetben indokolt. Fertilis korban a konzervatív myomaműtét elsődleges cél.

**GARDÓ SÁNDOR DR.** A GNRH analógokkal a myomák megkisebbitése vonatkozásában elsősorban a költségek miatt nem sikerült komolyabb tapasztalatot szerezni. Eddig myoma esetén csak akkor alkalmaztunk GNRH analógot, amikor a fertilitás megtartása és a myomectomy elvégzése volt a cél. Ilyen irányú tapasztalataink igen kedvezőek.

**HERCZ PÉTER DR.** Ismeretes, hogy myomák állományában ösztrogén és progeszteron receptorokat mutattak ki, és a myoma növekedése ösztrogéntől függő. A GNRH analógok adagolásával hypösztrogén állapot idézhető elő, amelyben csökken a myomák nagysága. GNRH analógok praeoperatív, 2-3 hónapos alkalmazásával mintegy 50%-kal mérsékelhető a myomacsomók kiterjedése, és így alkalmassá tehetők a kíméletes endoszkópos beavatkozásra, ezáltal a beteg élvezheti a laparoszkópos és hiszteroszkópos műtétek közismert előnyeit: az enyhe műtét utáni fájdalmat, rövid kórházi kezelést és gyors felépülést, a hasfalat torzító heg nélküli gyógyulást, a kevés műtét utáni szövődményt és a csökkent gyógyszerigényt. E készítmények hatására a myoma erezettsége csökken, és az esetleges myomectomy kisebb vérvesztéssel oldható meg. (Ugyanakkor tapasztalatunk szerint ilyen esetekben a myoma csomók környezetének fokozott fibrótikus átalakulása miatt a méhfalból a göbök nehezebben hámozhatók ki.)

2 cm-nél kisebb átmérőjű myomagöbök praeoperatív előkezelést nem igényelnek. 2-4 cm átmérőjű daganatok esetében rövid idejű (3-4 hét) Danazol adása elegendő lehet. 4 cm-nél nagyobb átmérőjű myoma előkezelésére 2-3 hónapig tartó GNRH analóg adagolás hatására a tumor mérete és erezettsége jelentősen csökken. 3 hónapos praeoperatív GNRH kezelés mellett előfordult, hogy a tervezett hiszteroszkópos myoma-reszekciót a korábban kb 3 cm átmérőjű myomacsomó esetében, nem tudtuk elvégezni, mert a daganat már nem volt látható. (Ezt a beteget én több hónap-

pal később már nem láttam). Irodalmi közlések ismeretese arról, hogy 4 hónappal a szurpressziós kezelés után a myoma mérete visszatért az eredetihez hasonló nagyságra, ezért úgy tűnik, hogy kizárólag gyógyszeres kezeléssel a myoma eliminálása nem megoldható.

**MATTHIAS KORELL, M.D.** A GNRH analógokkal történő un. down regulatio ugyan a myomák méretét akár 50%-ra is csökkentheti, azonban nehézzé teszi a daganat kihámozását. A daganatos méh megkisebbedése egymagában nem jelenti azt, hogy laparoszkóppal eltávolítható. Műtét előtti GNRH analóggal történő kezelés submucosus myoma hiszteroszkópos kivágása esetén javasolt. A hormonális kezelés segít továbbá a rendellenes vérzés miatt kialakult vérszegénység rendezésében, de hogy milyen műtétet - méheltávolítás vagy göbkihámzás - végezzünk, azt nem határozza meg.

Javasolt a GNRH kezelést a ciklus második felében kezdeni, így az un. "flare up" hatása elkerülhető. Műtét előtti kezelés céljából a GNRH analógokat havonta egyszer adjuk 2-3 alkalommal. A kezelést követően a megkisebbedett myoma újra növekedését gátolhatjuk premenopausában lévő nőknél fogamzásgátló tabletták adásával, a posztmenopauzában lévőknél hormonpótló kezeléssel. Javasolt olyan összetett hormonális készítményt alkalmazni, melyben a gestagének vannak túlsúlyban. Magas költségük és sok mellékhatásuk miatt a GNRH analógok használata csak szigorú javallat mellett történhet.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** GNRH analógot (agonistákat) csak olyan betegeknek alkalmazok, akiknél az erős hüvelyi vérzés következtében súlyos másodlagos vérszegénység alakul ki. A dózisa 3.75 mg izomba, havonta egy alkalommal két hónapon át. A tanulmányok azt mutatják, hogy ennyi idő elég a vérkép rendeződéséhez, és elvégezhető a méh vagy a myoma sebészeti eltávolítása, a beteg kívánsága szerint. Nincs tapasztalatom a leiomyomák hosszútávú GNRH agonista kezelésével, mert az irodalmi adatok arra utalnak, hogy két megfelelő kezelés elegendő a myoma megkisebbitéséhez és a sebészeti eltávolításhoz. Nem látom a leiomyoma hosszútávú GNRH kezelésének előnyét, mivel a mellékhatások jelentősek, a költségek pedig nagyon magasak.

**MARTON ISTVÁN DR.** GNRH analógok használata myoma esetén kizárólag fennálló műtégi indikáció esetén indokolt, elsősorban a költségtényező miatt. Az analógok adása három hónapig célszerű, melyet műtét követ. Submucosus lokalizációnál konzervatív műtéttől jó eredmény várható, célszerű ezen beavatkozást hysteroszkópiával végezni. Tartós GNRH kezelés semmiképpen nem javallt, elsősorban annak ösztrogén hiányt kiváltó hatása miatt, pl. osteoporosis stb. Fogamzásgátló és hormonpótló kezelés teljesen értelmetlennek tűnik a GNRH analóg kezelés alatt. Bár egyes szerzők fel-



vetik a GNRH kezelés mellett a hormonpótlás elvi lehetőségét, azonban az én orvosi szemléletemmel ez ütközik.

**PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.** A GNRH analógok, myoma góc megkisebbitésére történő használata esetén, a következő szempontokat kell figyelembe venni: a) a kezelés igen drága, b) a kezelést követően javasolt a hysterectómia, c) a beteg nehezen egyezik bele egy hónapokig tartó kezelésbe, melyet követően mégis eltávolítják a méhét, d) a kezelés jelentős mellékhatásokkal jár (hőhullámok, hüvelyszárazság, pszichés labilitás stb.) A fent felsoroltakat figyelembe véve nem javasolom a GNRH analógok rutinszerű alkalmazását a klinikai gyakorlatban az említett célra.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** A GNRH analógok használata myomák esetében csak akkor indikált, ha a kezelést műtét követi. A Magyarországon forgalomban lévő Decapeptyl vagy Zoladex depo készítményből 28 naponként 2 vagy 3 alkalommal (3.7 ill. 3.5 mg) injekciót kap a beteg. Ugyanis a GNRH analógok myomára kifejtett hatása reverzibilis. A megkisebbedett myoma statusa ezt követően nem stabilizálható. A szer adásának indikációs területe azokban az esetekben van, ahol a méh megtartása a kíváncsi, fertilitási igény esetén, ahol anatómiailag a myomás göb vagy göbök enucleatioja lehetséges. Alkalmazható még olyan esetekben, amikor a megkisebbedett myomás méh alkalmassá válik hüvelyi méheltávolításra. Előnyös lehet endometriosissal szövődött myoma műtéti előkészítésére is. A GNRH analógok adásánál messzemenően figyelembe kell venni, hogy mennyiben hasznos mint műtéti előkészítés, valamint mellékhatásai miatt is (klimaxos tünetek jelentkezése, libidó csökkenés stb.) mennyire zavaró a több hónapos kezelés. Mindezek mellett nem hagyható figyelmen kívül a kezelés magas költsége sem.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Menopauza előtt álló beteg esetén, miután a myoma az ösztrogén hatás hiányában nem fog tovább növekedni, sőt várhatóan sorvadásnak indul, megkísérelhető a GNRH kezelés, így elkerülhető a méh műtéti eltávolítása. Amennyiben a myomagóc túl nagy, enucleációja a méhür megnyílásának veszélye miatt kockázatos megelőző GNRH kezelés nélkül. Megelőző GNRH kezelés esetén a műtét során fellépő vérzés is várhatóan kevesebb lesz. Konzervatív műtétet elsősorban reprodukciós korban levő nőknél végzünk, akik még szeretnének szülni, ill. egyéb okok miatt ragaszkodnak a méhük megtartásához. Konzervatív műtét előtt 3-6 hónapig (havi 1 amp.-t) célszerű GNRH kezelést alkalmazni. A hosszabb kezelésnek az esetleges szövödmények, illetve a kezelés igen költséges volta képezi gátját. A myomagóc méretének megkisebbedése az első injekció után lesz a leglátványosabb, a további injekciók egyre kisebb mértékben fogják a myomagóc méreteit csökkenteni. Mivel a GNRH kezelés elhagyásával a myoma ismét növekedésnek indul, célszerű a műtétet a kúrát követően

elvégezni. A megkisebbedett myomák státuszának megtartása fenntartó GNRH analóg injekciókkal lenne lehetséges, de figyelembe véve költségességét, valamint a mellékhatásokat, a gyakorlatban nem alkalmazzuk. A hormondependens emlőkarcinóma, valamint prosztata karcinóma kezelésében sikerrel alkalmazott tamoxifennel is valószínűleg lehetne a myomagócok méretét csökkenteni, bár erre vonatkozóan irodalmi adatok nem ismeretesek. Egyes irodalmi adatok szerint fogamzásgátló szedése során sem növekednek a myomák, esetleg csökkenhet is a méretük. Kérdéses, hogy a GNRH kezelést követően elkezdett hormonális fogamzásgátlás megakadályozza-e, illetve lassítja-e a myomagóc újbóli növekedését. Menopauzában alkalmazott hormonpótló kezelés során a myomák újbóli növekedésnek indulását többen is megfigyelték. Az utóbbi időben kifejlesztett szelektív ösztrogén receptor modulátor raloxifene (mely várhatóan még az idén gyógyszerügyi forgalomba kerül) viszont csontritkulást megelőző, valamint kardioprotektív hatását anélkül fejtí ki, hogy a méh, illetve emlő ösztrogén receptoraira is hatna. Ezáltal nem kell számolni sem az endometrium hiperplázia veszélyével (így feleslegessé válhat progeszteron adása intakt méhhez rendelkező nőknél), sem az emlő daganatos megbetegedésének hosszan tartó hormonpótló kezelés (több, mint 10 év) során megfigyelt incidenciájának növekedésével.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** GNRH adása különösen akkor célszerű a myoma eltávolítás előtt, ha a myoma a méh alsó részében vagy a méhnyakban helyezkedik el. Méheltávolítás azonban megkísérelhető azoknál az asszonyoknál, akik a méhüket meg kívánják tartani. Nem adunk fogamzásgátló tablettát vagy hormonpótló kezelést a GNRH agonista kezelés idején vagy utána. Tünetet okozó fibroid esetén GNRH kezelés eredményesen alkalmazható menopauza körül lévő nőknél, ha a myoma a kezelésre megfelelően megkisebbedik. Ezekben az esetekben a méheltávolítás sokszor elkerülhető.

**ALBERT SINGER, M.D.** A méh megkisebbitésére szükség esetén használjuk a GNRH analógokat. Rendszerint Zoladexet adunk, havonta egy ampullát két alkalommal. Amennyiben a méh a kezelésre érzékeny, megkisebbedése két ampulla hatására általában bekövetkezik, harmadik vagy negyedik injekció adására nagyon ritkán kerül sor. Magunk alkalmazzuk, az úgynevezett "add-vissza" (add-back) kezelést. Ennek során a GNRH kezelés második hónapjától bőrön keresztül felszívódó ösztrogén készítményeket adunk. Előfordul, hogy a GNRH kezelés annyira hatásos, hogy a beteg nem akarja a méheltávolítást, annak ellenére, hogy mindig megmondjuk, hogy a myoma a GNRH kezelés után általában újra megnövekszik. A nyomás göb vagy göbök kihámózásával, amely történhet laparoszkóp segítségével vagy hasmetszés alkalmazásával, a méheltávolítás elkerülhető. Ezt a megoldást választjuk. Ami a megkisebbedett myomák újránövekedésének megállítását illeti, azt hiszem, a leghatásosabb a méhnyálka-



hártya eltávolítása vagy egy Levonorgestrelt tartalmazó méhenbelüli eszköz (IUD) behelyezése. Vannak olyan vizsgálatok, amelyek arra utalnak, hogy a GNRH analógokkal megkisebített méhek nem növekednek újra, ha a méhnyálkahártyát és ezzel a növekedési faktorokat eltávolítjuk.

**SMID ISTVÁN DR.** Saját tapasztalatom nincs, de az irodalmi adatok nem győztek meg a GNRH analógok használatáról myoma esetén. Néhány mm-es kisebbedés nem jelent semmit, a "vértelenítés" megoldható POR-8-as oldattal is. A konzervatív műtéttel kapcsolatos véleményemet már kifejtettem a 4. kérdésre adott válaszütemben. A fogamzásgátlók, non-steroidok szedésétől nem várható a myoma növekedésének csökkenése.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** GNRH analógok használata javasolt a daganat megkisebítése céljából, akkor, ha így hasi műtét helyett hüvelyit tudunk végezni, vagy abban az esetben, ha csak egy vagy kettő nagy göb található. Ezek megkisebítése a műtėti beavatkozás leegyszerűsítését jelentheti, és várható a szövödmények gyakoriságának a csökkentése. A GNRH analógok alkalmazása nem látszik szükségesnek 3 hónapon túl. A GNRH analóg kezelést követően nem feltétlenül szükséges minden esetben műtétet végezni, illetve a méhet eltávolítani, számos esetben, főleg ha a fertilitási képesség megtartása az igény, úgy javallt a konzervatív műtét. A megkisebített myomák státuszának megtartása gyógyszeres kezeléssel megoldható, de ez főleg fiatalabb betegek esetében jön szóba. Erre javasolható fogamzásgátló tabletta szedése, de nem javasolnám a hormonpótló kezelést, valamint a fenntartó GNRH analóg adását. Annál inkább sem javasolnám ez utóbbit, mert a kezelés rendkívül költséges.

**VESZELOVSKY IVÁN DR.** Annak ellenére, hogy a GNRH analógok myoma műtétek kapcsán irodalmi adatok szerint kedvező hatásúak, mind a myomagöb nagysága, mind a műtéttechnikai feltételek vonatkozásában - a készítmények ára, és a jól ismert TB-finanszírozási nehézségek miatt alkalmazásával csak kivételesen vannak tapasztalataink. (Területünkön négy megyére terjedően a támogatott esetek száma limitált!) Tervezett konzervatív myomaműtétnél - ha cél a reprodukív képesség megőrzése - 3 hónapi előkezelés után végezzük a műtétet (pl. Decapeptyl Depot havi 1 amp.)

**6. HOGYAN KEZELI A KIÚJULT MÉHNYAKRÁKOT? KÉREM FEJTSE KI, HOGY MILYEN KEZELÉST JAVASOL, HA A BETEG MÁR KAPOTT SUGÁRKEZELÉST, ILLETVE HA NEM KAPOTT, TOVÁBBÁ, HOGY MELYEK AZOK A TÉNYEZŐK, AMELYEK MEGHATÁROZZÁK A DÖNTÉST ÉS MILYEN IRÁNYBA. MIKOR TART INDOKOLTNÁK MŰTÉTI MEGOLDÁST, MIKOR BESUGÁRZÁST, MIKOR GYÓGYSZERES KEZELÉST ÉS MIKOR CSAK TÁMOGATÓ KEZELÉST? AZ ESETLEGES MENTŐ KEZELÉS TÜKRÉBEN MILYEN SZAKMAI, SZEMÉLYI ÉS IDŐRENDI KÖVETÉST JAVASOL? MI A VÉLEMÉNYE AZ EXENTERÁCIÓRÓL ÉS A CORT-MŰTÉTRŐL?**

**APRÓ GYÖRGY DR.** A kiújult méhnyakrák prognosisa rossz. A recidíva egyik leggyakoribb oka a primaer műtét elégtelen

radikalitása. A kezelési lehetőségek és kilátások függenek a recidíva helyétől és kiterjedtségétől, az operabilitástól, és a korábbi kezeléstől. A centrális recidíva megoldási lehetősége kedvező esetben (operatio rés) az exenteratio. Az izolált hüvelyfali recidíva radikális excíziója lymphadenectomiával, parametrectomiával és radiotherápiával kiegészítve viszonylag kedvező prognosist eredményez. Medencefali recidíva lehetséges kezelési módja a kombinált műtėti és radiotherapia (CORT). Távoli recidívák megoldása azok helyétől és a technikai értelemben vett operabilitástól függően radikális excízió (tüdő, máj) radiotherapia (csont) vagy chemotherapia lehet. A recidíva prognosisa és a beavatkozás módja függ továbbá az előző kezeléstől is. Ha a műtétet nem követte radiotherapia, recidíva esetén természetesen a pótlólagos irradiációtól várható a legjobb eredmény. Ha radiotherapia is követte a műtétet, exenteratio, illetve CORT jön szóba, főleg a tumor helyétől függően. A chemotherapia eredményei nem meggyőzőek irradiációt követő recidív cervix-rák esetén. A radiotherapia prognosisa (hasonlóan a sebészhez) a kismedencei centrális recidívák esetén a legjobb. Ugyancsak viszonylag jó eredménnyel (29/81%) kezelhetők a hüvelyfali recidívák. Igen szerény eredmények érhetők el medencefali, illetve távolabbi (paraaorticus) recidívák esetén még agresszív percutan irradiatio alkalmazásával is.

**BERBIK ISTVÁN DR.** Egyedül nem döntök ezekben a kérdésekben, mindenképpen segítséget kérek a korábbi kezelést végző intézménytől, kollégáktól. Osztályom a recidív collum carcinomás betegek postoperatív, postirradiációs, illetve tüneti kezelésére, szövödmények ápolására, valamint hospice ellátásra van berendezkedve.

**BORSOS ANTAL DR.** A kiújult méhnyakrák kezelésben a sugárkezelést tartom a legeredményesebbnek. Távoli metastázis esetén, amennyiben a beteg általános állapota még jelentős remisszió lehetőségét veti fel, kemoterápia jön szóba. Abban a ritka esetben, amikor a beteg még nem kapott sugárkezelést, vagy minimális sugárfibrózis van jelen, és a középvonali recidíva kis térfogatú és jól körülírt, fiatal nőbetegnél műtėti megoldásra is vállalkozhatunk. A sugárkezelést ilyenkor is a terhelés korlátain belül, elengedhetetlennek tartom. Véleményem szerint csak palliáció végzendő azokban az esetekben, ahol a kuratív szándékkal végzett kezelés alatt a folyamat progrediált. A méhnyakrák elsődleges kezelése utáni nyomonkövetés speciális feladat, melynek optimális feltételei a jelenlegi magyar egészségügyben nem teljesen adóttak. A multidisciplinális konzultáció szintje többségében még a radiológus és a nőgyógyász onkológus együlésben végzett vizsgálatát sem éri el. A belgyógyász onkológus, a fizioterapeuta, az ödéma-nővér, a sztóma-nővér, a pszichológus vagy a szociális munkás egyidejű jelenléte egy jó ideig még csak álom marad.



Nagyra becsülöm azokat a nőgyógyász onkológusokat, akik betegek gyógyulása reményében az exenterációtól sem idegenkednek. Véleményem szerint a mai diagnosztikai módszerekkel még nem lehet olyan biztonsággal körvonalaizni a méhnyakrák kiterjedését, amely a tumorentesség érdekében végzett exenterációt ígéretessé tenné a beteg számára. A CORT-eljárást jelentős előrelépésnek tartom az ép szövetek sugárterhelésének csökkentésében.

**DOSZPOD JÓZSEF DR.** A recidív carcinoma kezelés lehetőségei között szerepel az ismételt irradiatio, kemoterápia vagy a kettő kombinációja, illetve műtéti megoldások, többek között az exenteratio. A távoli áttét kontraindikálja a műtéti megoldást. A CORT műtéttel kapcsolatosan nem rendelkezünk megfelelő tapasztalatokkal, az eddigi eredmények nem egyértelműek.

**RAINER KIMMIG, M.D.** A kiújult méhnyakrák kezelését mérlegelve különbséget kell tennünk a kiújulás helyét illetően. Közép kiújulás (40%), medencefali kiújulás (40%), hüvely-csonki kiújulás (20%). A kezelési terv eldöntése előtt gondos stádiumozást kell végeznünk a távoli áttétek kizárása végett. A sebészi kimetszést részesítjük előnyben minden olyan esetben, ahol úgy hisszük, hogy ép sebészi szélék érhetők el. Ennélfogva részleges vagy teljes hüvelyboltozat eltávolítás, illetve kismedencei exenteratio végzendő a fenti esetekben, függetlenül az előzetesen alkalmazott sugárkezelésektől.

Az exenteratiót megelőzően a paraaortális nyirokcsomók vizsgálata, illetve a Scalenus-nyirokcsomó szövettani vizsgálata segít az esetleges áttétel kizárásában. Elsődleges sugárkezelésben részesített betegek esetében lehetséges, hogy ez lehet az egyetlen hatékony kezelés, mely rendelkezésre áll. Elsődleges sebészi kezelést követő kiújulás sugárkezelése akkor javallt, ha a beteg nem egyezik bele további sebészi kezelésbe, különös tekintettel az exenteratióra, mivel nagy a műtét utáni szövődmény lehetősége, és ha a kiújult daganat mérete elég kicsi ahhoz, hogy besugárzással kezelhető legyen. Nagy daganat esetén annak térfogata csökkenthető műtét vagy sugárzás előtt neoadjuvans kemoterápiával. Bár cisplatint is tartalmazó kemoterápiával a daganatok egy része jól kezelhető, ez az eljárás még kísérleti szinten van, és csak egyedi esetekben javasolt. A műtét után sugárkezelést egyedileg kell felmérni, mégpedig a kiújulás elhelyezkedésétől, a sebészi szélektől és korábbi sugárkezeléstől függően. Közép-kiújulások esetén 25-50%-os, izolált hüvely-csonki kiújulásokban pedig 75%-os 5 éves túlélés érhető el radikális sebészi megoldással, amelyet egyedi esetekben sugárkezeléssel és/vagy kemoterápiával is kiegészítünk.

Medencefali kiújulás esetén a daganat teljes eltávolítása gyakorlatilag soha nem lehetséges. Így különösen sugárkezelést követő recidíva ezen helyen általában végzetes

kimenetelű. Nagyon biztatóak azok a törekvések, amelyek a kiterjesztett sebészetet alkalmazzák a daganat lehető legkisebbre történő csökkentésére, és ezt műtét alatti és műtét utáni sugárkezeléssel társítják. A besugárzott terület mellett elhelyezkedő szervek és szövetek maradandó károsodásának elkerülése végett ezekben az esetekben a szervezet saját szöveteiből pl. hasfal, comb, lebenyeket készítünk, amelyekkel a besugárzandó területet lefedjük. Ennek következtében a szomszédos, sugárérzékeny szövetek, szervek a sugárforrástól távolabb kerülnek és kevésbé károsodnak. Hasonló módon, saját lebenyek segítségével állítjuk helyre a sebészileg megkisebített szervek működését is. Ezekkel az eljárásokkal ennek a nagyon kiterjesztett és meglehetősen megterhelő kezelésnek a nem kívánt következményei elviselhető szinten tarthatók. Fontos azonban tudni, hogy a kiterjesztett sebészetnek ez a formája, amelyet rendkívüli alapos-sággal kell a sugárkezeléssel összehangolnunk, mint pl. a CORT műtét esetében, csak erre a célra szakosodott, és ebben a kezelésben jártas központokban végezhető. Ezért is kíváncsú, hogy minden kiújult méhnyakrákos beteget ilyen központokban kezeljünk. A központokban kezelt betegek túlélési esélyei összehasonlíthatatlanul jobbak.

Áttételes méhnyakrák kezelése általában tüneti jellegű. Egyedüli áttétek eltávolítása azonban csökkenti az egyébként kialakuló panaszokat, és esetleg megnyújtja a túlélést. Más esetekben tüneti sugár vagy gyógyszeres kezelés is mérlegelendő, mivel ez is javíthatja és meghosszabbíthatja az életet. Ilyen esetekben azonban semmilyen szabály nem adható, és a kezelést egyénre szabottan kell alkalmazni.

**JAVIER MAGRINA, M.D.** A korábban sugárkezelésben nem részesült betegeknél a medencében elhelyezkedő kiújult daganat esetében külső sugárkezelés kezdhető, majd az elváltozás közvetlen brachytherápiája végezhető. Ez esetenként kémleléses hasmetszést tehet szükségessé. A korábban sugárkezelésben részesülteknél, akiknél a daganat a medencében középen helyezkedik el, először laparoszkópia szükséges a medence exenteráció ellenjavallatainak eldöntésére. A betegek megközelítően 40%-ánál hasüregi a megbetegedés, és ennélfogva a hasmetszés elkerülhető. Ha az elváltozás nem távolítható el, methotrexate, vinblastine, adriamycin és cisplatin kemoterápiát kell végezni négy kúrában. Ha az elváltozás eltávolítható, medencei exenteráció javasolt. Ha az elváltozásnak áttétei vannak, indokolt a kemoterápia a fentiek szerint. A középen elhelyezkedő medencei kiújulások választhatók ki exenterációra. Az exenterációnak, mint a CORT beavatkozásnak vagy műtét közben történő besugárzásnak a kérdése még megválaszolatlan, további tanulmányok fogják eldönteni, vajon ez-e a helyes megközelítés. A kezelés megválasztásánál egyéb megfontolások is szerepet játszanak, mint az életkor, a beteg általános egészségi állapota és a sebészeti beavatkozás előtti tünetek.



**MARTON ISTVÁN DR.** A kiújult méhnyakrák kezelésében a recidíva nagysága, elhelyezkedése és környezeti viszonyai döntőek. Amennyiben lehetőség van a tumor sebészi csökkentésére, azt célszerű elvégezni. Ha sugárrezisztens folyamatról van szó, vagy korábbi sugárkezelés után van a beteg, úgy a citosztatikus kezelés bizonyos formái is szóba jöhetnek. Személyes gyakorlatom az exenterációs, CORT-műtét tekintetében nincsen. Rendelkezésemre álló adatok és impressziók alapján kizárólagosan a beteg kifejezett kérése esetén irányítom olyan szakintézetbe, ahol ezen műtéteket elvégzik. A beteg tájékoztatása ezen beavatkozások életminőséget befolyásoló hatásáról nagyon sok esetben segíti a beteg döntésének kialakítását.

**PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.** Kiújult méhnyakrák esetén a következő alapvető szempontok döntik el a kezelést. Lokálrecidíva esetén, amennyiben a beteg előzetesen műtéti kezelésben részesült, sugárkezelés javasolt. Amennyiben a beteg előzetesen sugárkezelést kapott, műtét javasolt, ha ennek a feltételei adottak. Távoli áttét esetén, palliatív kemoterápia mérlegelendő. Amennyiben a lokálrecidíva operábilis, minden egyéb előzetes kezelési próbálkozás (kemoterápia) csak rontja a beteg esélyeit. Amennyiben a lokálrecidíva műtéti kezelésére kerül sor, a választandó műtét a kismedencei exenteráció. Kevésbé radikális műtétek rontják a beteg gyógyulási esélyét, és (laikus számára paradox módon) növelik a szövődmények számát.

A kiújult méhnyakrák gyógyítási esélye, akár sugárkezelésről, akár műtétről van szó, elsősorban a daganat nagyságától függ. Minden recidíva valamikor "kis" recidívaként kezdődik. Ezért igen fontos a betegek rendszeres és megfelelő szintű onkológiai követése.

Egy bizonyos betegcsoport esetén, sugárkezelés után kialakult kismedencei recidívák, a kismedencei exenteráció, vagy a medencefalat elérő recidívák esetén a CORT műtét az egyetlen olyan kezelési mód, a tudomány jelenlegi szintjén, amely a betegnek gyógyulási esélyt nyújt. Ezért végzésük, arra szakosodott centrumokban indokolt. Az exenteráció kritériumainak megfelelő beteget pedig, tekintettel az egyéb kezelési módok palliatív jellegére, az esetleges műtéti kezelés lehetőségéről nem tájékoztatni, szakmai mulasztásnak számít.

**RÁKÓCZI ISTVÁN DR.** A kiújult méhnyakrák kezelése csak kifejezetten individuális megfontolások alapján lehetséges, valamint csak erre felkészült intézetekben történhet. A kezelést és ennek eredményét nagy mértékben befolyásolja a primer kezeléstől eltelt idő. Három év elteltével a prognózis már kérdéses. A kezelés lehet sebészi, sugaras vagy kemoterápiás. A sebészi kezelés a daganat teljes izolált kiirtását jelentheti csak, vagy más esetben exenteratiót. Részleges eltávolítás nem lehetséges. Exenteratio azokban az

esetekben végezhető, ha a recidíva a középvezetékben helyezkedik el, nem éri el a medence falát, a paraaortális nyirokcsomók a folyamat által nem beszűrtek. Ha előzetesen csak műtét történt, sugárkezelés jön szóba. Előzetes sugárkezelést követően egyénileg mérlegelendő ennek ismétlése, minden esetben kemoterápiával kiegészítve. A sugárkezelés mindig a IV. sátidum protokolljának megfelelően történik. Kemoterápia csak ritka esetben jön szóba önmagában, főleg kombinált citosztatikus kezelésként, amelyben valamilyen platina származéknak szerepelni kell. Palliatív kezelésként egyszeri nagy dózisú medencei sugárkezelés is lehetséges, ez átmeneti tüneti javulást jelenthet. Végül újra szeretném hangsúlyozni, hogy a recidív méhnyakrák eseteiben bármilyen kezelés csak erre specializálódott intézetben lehetséges.

**RESCH BÉLA DR., BITÓ TAMÁS DR.** Amennyiben a beteg még nem kapott sugárkezelést, úgy a recidíva lokális irradiációját végezzük: 35 Gray (5 alkalommal 7 Gray) intrakavitális afterloading kezelést. Amennyiben korábban már kapott sugárkezelést a beteg, úgy 2-3 alkalommal 7Gray intrakavitális afterloading kezelést végzünk, de ha a beteg a teljes dózist megkapta, úgy újabb irradiáció nem jön szóba. Amennyiben a recidíva jól körülhatárolt, mobilis, úgy műtéti megoldás is szóba jön. A recidíva kezelésre elsősorban irradiációt alkalmazunk, amennyiben a beteg még nem kapott 7-8x7Gray intracavitális összdózist, illetve a cystoscopia és rectoscopia során tumoros propagációt nem észlelünk. Amennyiben irradiációt nem kaphat a beteg, úgy a tumoros propagáció esetén citosztatikus kezelést alkalmazunk (Platidium, ill. Cyclophosphamid + Platina, egyes esetekben TAXOL). Leromlott általános állapot, illetve előrehaladt betegség esetén palliációt alkalmazunk. Fiatal, jó általános állapotú betegek esetén az exenteráció is szóba jöhet, ennek túlélése 40-60%. Az exenteráció ellenjavallata a távoli metasztázisok. Relatív ellenjavallat a medencefal tumoros bezártsága, egyoldali végtagödéma, végtagfájdalomban megnyilvánuló idegkompresszió, vizelet elfolyási zavar. A beteg előkészítése és pszichés vezetése rendkívül fontos.

**JOSEPH G. SCHENKER, M.D., SHAOUL O. ANTEBY, M.D.** Sugárkezelés javasolt azoknál az asszonyoknál, akiknél a daganat az oldalsó falon jelentkezik, és korábban csak sebészeti ellátás történt. Középvonalú kiújulás esetén indokolt a sebészeti ellátás bél és vizelet eltereléssel vagy ezek nélkül. A döntést befolyásoló tényezők: életkor, a beteg hozzáállása és általános egészségi állapota. Műtét csak akkor indokolt, ha a kiújult daganat a hüvelyboltozatban (középen) van, a medencefalra terjedés bármilyen jele ellenjavallja a sebészi beavatkozást. Sugárkezelés csak azoknál az asszonyoknál javasolt, akiket egyedül műtéttel kezeltek. A besugárzás, beleértve a műtét alatti sugárkezelést is, nem látszik hatékonynak azoknál, akik korábban sugárkezelésben részesültek. Egyszeri nagyobb sugármennyiség külső besugárzás for-



májában adható azoknak, akik kis kiterjedésű, helyi folyamat korábbi kezelésekor nem részesültek teljes sugárkezelésben. Kemoterápia a távoli áttétek esetén, és olyan kismedencei kiújult daganatoknál jön szóba, ahol korábban sebészeti és sugár, vagy csak sugárkezelés történt, és amely esetek nem alkalmasak exenterációra. A gyógyszeres kezelést neoadjuváns kezelés formájában a nagytömegű I. stádiumi esetekben is javasoljuk.

Mindenféle kezelés előtt figyelemmel kell lenni az egyéni kívánságokra. Exenteráció javasolt olyan fiataloknál, akiknek megfelelő a hozzáállása és alapos kivizsgáláson (CT, MRI, csont szcintigráfia) mentek keresztül a távoli áttét kizárása céljából.

**ALBERT SINGER, M.D.** A kiújult méhnyakrák kezelése nagyon sok, a daganatra vonatkozó tényezőtől függ, és attól is, hogy az elsődleges daganat milyen szöveti szerkezetű volt. Nagy általánosságban azt mondhatom, hogy ha a beteg az elsődleges daganat kezelése során nem kapott besugárzást, a kiújult daganat sugárkezelése nagyon megfontolandó. A daganat nagysága és kiterjedése határozza meg, hogy az exenteráció elvégezhető-e. Exenteráció tervezése során mindig először paraaortikus nyirokcsomó eltávolítást végzünk. Ha a nyirokcsomókban daganat sejtek láthatók, a műtéttől elállunk. Mi szintén gyakran adjuk a sugárkezelést és kemoterápiát együtt, a laparoszkópos nyirokcsomó eltávolítást azonban ilyenkor is elvégezzük. Meggyőződésünk, hogy az exenterációnak ma is megvan a helye. Ennek meghatározásában az MRI vizsgálat sokat segít.

**SMID ISTVÁN DR.** Betegeink sugárkezelését az Onko-Radiológiai Osztály végzi. Ezért a kiújult méhnyakrák kezeléséről nem tudok véleményt mondani.

**THURZÓ LÁSZLÓ DR.** A kiújult méhnyakrák kezelése az igen szerény eredmények miatt hálátlan feladat.

a) Amennyiben a beteg már kapott sugárkezelést, úgy annak dózisa, lokalizációja és a kiújulásig eltelt idő határozza meg az esetleges további sugárkezelés lehetőségét. Amennyiben erre nincs lehetőség, úgy a kiújulás helye, kiterjedése, környezetéhez való viszonya, távoli metasztázis megléte és/vagy hiánya határozza meg, hogy a beteg milyen kezelést kapjon.

b) Indokolt a műtéti megoldás, ha a folyamat lokális, és a biztonságos műtéti eltávolítás feltételei adottak.

c) Indokolt lehet a sugárkezelés, amennyiben a beteg korábban abban nem részesült, és a sugárkezelés feltételei adottak. Abban az esetben, ha nem jön szóba sugárkezelés, a műtéti megoldás nem kivitelezhető, vagy a beteg abba nem egyezik bele, ebben az esetben javasolt a citosztatikus kezelés. A pal-

liáció csak a biztosan inkurabilisnek tekinthető esetekben jön szóba.

d) A betegek nyomonkövetésében célszerűnek látszik a megfelelő személyi ellátottságú Onkológiai Gondozó Hálózatra támaszkodni, szoros együttműködésben a beteg gyógykezelését végző orvos(okkal), első évben háromhavonta, második évben félévente, azt követően évente.

e) A megfelelő indikáció alapján a felkészült helyen, a beteggel előzetesen megbeszélte exenteráció elvégzése nagy előrelépést jelent a daganatgyógyászatban. Ugyancsak hasonló a véleményem a CORT műtétről, ahol ennek a feltételei megtalálhatók.

**VESZELOVSKY IVÁN DR.** Kiújult méhnyakráknál ten-nivalóinkat attól tesszük függővé, hogy a recidíva totál exstirpációt követően, vagy konzervatív műtéti megoldás után (por-tioműtét) alakult ki. Az utóbbi esetben praeoperatív irradiációt követően abdominális totál exstirpációt végzünk az adnex-umok egyidejű eltávolításával. Ha a recidíva total exstirpacio után alakult ki - álláspontunk szerint további kezelés az irra-diatio, melyet területünkön a SZAOTE Onkoterápis Klinika végez. Exenterációval kapcsolatos tapasztalatunk nincs. Egyes jól megválasztott indikációjú esetekben elvégezhető. Messzemenően javasoljuk azonban figyelembe venni a meghosszabbodó túlélés mellett az elfogadható életminőség biztosítását. Valamennyi kérdéshez csatlakozóan az az elvünk, hogy az "egy diagnózishoz egy terápiás lehetőség tartozik" nem kivitelezhető, hisz a korrekt felvilágosítás azt is jelenti, hogy a lehetséges terápiás megoldások közül a beteg döntése alapján választjuk ki a neki megfelelőt. Jelen álláspontunk szerint a döntés megfelelő, korrekt felvilágosítás után a betegé. Természetesen igyekszünk a véleményünk szerinti helyes megoldás irányába terelni ezen döntést de nem hall-gatjuk el, hogy más megoldás is lehetséges. Ezen más gyó-gyító eljárás esetén a szövődmények, a gyulladás kitérésai is mások ezekről is tájékoztatást aduk. Ugyancsak ismertetjük azon lehetőségeket, melyekkel adott esetben osztályunk nem rendelkezik, és ha szükségesnek tartjuk ide a beteg irányítását is megszervezzük (cytostaticum, irradiatio!). Ha a beteg az általunk nem javasolt (pl. kevésbé radikális) műtéti megoldás-ba egyezik bele, úgy a megfelelő dokumentáció mellett a beteg "helytelen" döntését is elfogadjuk!

**BEZÁRÁS** A meghívó hálás köszönetét fejezi ki mindazoknak, akik elfogadták a meghívást, és mindannyiunk épülésére megosztották velünk nézeteiket. Tudatában van annak, hogy a kérdések megválaszolása nyilvános állásfoglalást jelent. Írás-sos vélemény nyilvánítás nagyon alapos felkészültséget, tapasztalatot és megfelelő hozzáállást igényel. Ennek nem vállalása az olvasóban bizonyára kérdő gondolatokat ébreszt. Miért?



A nyájas beszélgetések szellemének megfelelően a válaszokat a legkisebb változtatás nélkül közöljük. Ez a magyarázata annak, hogy az írásmód nem egységes, és, hogy eltekintettünk a folyóiratnak attól az alapvető célkitűzésétől, hogy lehetőleg magyar kifejezéseket használjunk. A válaszokból könnyű felismerni, hogy mennyire sokféle az orvosi szövegek írása. A meghívó a magyar kollégák véleménye mellett külföldiek

nézetét is szükségesnek gondolta a jobb okulás, és mindenekelőtt a betegek jobb gyógyítása érdekében. Ez a cél vezérelte akkor is, amikor hazánk legrangosabb szakembereinek állásfoglalását is kérte. A következtetések levonását az olvasóra bízta. A vélemények értékelése nem összeegyeztethető a nyájas beszélgetések szellemével. A jelen kérdésekre hat meghívottól nem kaptunk választ.